

告示番号		12		慢性腎疾患 ( ) 年度		小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)		1/2			
病名	41 ポッター (Potter) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規				
受給者番号			受診日	年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)					
生年月日	年 月 日		意見書記載時の年齢	歳 か月 日		性別	男 ・ 女 ・ 性別未決定				
出生体重	g		出生週数	在胎 週 日		出生時に住民登録をした所	( ) 都道府県 ( ) 市区町村				
現在の 身長・体重	身長 (測定日)	cm ( SD)			体重 (測定日)	kg ( SD)			BMI		
		年 月 日		年 月 日		肥満度	%				
発病時期	年 月 頃		初診日	年 月 日							
就学・就労状況	就学前 ・ 小中学校( 通常学級 ・ 通級 ・ 特別支援学級 ) ・ 特別支援学校( 小中学部 ・ 専攻科を含む高等部 ) ・ 高等学校(専攻科を含む) ・ 高等専門学校 ・ 専門学校/専修学校など ・ 大学(短期大学を含む) ・ 就労(就学中の就労も含む) ・ 未就学かつ未就労 ・ その他 ( )										
手帳取得状況	身体障害者手帳	なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級 ・ 4級 ・ 5級 ・ 6級)					療育手帳	なし ・ あり			
	精神障害者保健福祉手帳 (障害者手帳)		なし ・ あり (等級 1級 ・ 2級 ・ 3級)								
現状評価	治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能					運動制限の必要性		なし ・ あり			
	人工呼吸器等装着者認定基準に該当		する ・ しない ・ 不明		小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当			する ・ しない ・ 不明			
臨床所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
身体所見	血圧:実施日:( 年 月 日 ) 収縮期:( )mmHg 拡張期:( )mmHg										
診断	学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見:[ いいえ ・ はい ・ 不明 ]										
症状	全身	高血圧:[ なし ・ あり ]				浮腫:[ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿:[ なし ・ あり ]				蛋白尿:[ なし ・ あり ]			腎機能低下:[ なし ・ あり ]		
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]									
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( )									
		外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( )									
症状(その他):( )											
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載											
身体所見	血圧:実施日:( 年 月 日 ) 収縮期:( )mmHg 拡張期:( )mmHg										
診断	学校検診または3歳児健診の検尿を契機に発見:[ いいえ ・ はい ・ 不明 ]										
症状	全身	高血圧:[ なし ・ あり ]				浮腫:[ なし ・ あり ]					
	腎・泌尿器	血尿:[ なし ・ あり ]				蛋白尿:[ なし ・ あり ]			腎機能低下:[ なし ・ あり ]		
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( )									
		外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( )									
	症状(その他):( )										
検査所見 (診断時) ※診断された当時の所見や診断の根拠となった検査結果を記載											
尿検査	血尿:[ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 赤血球数:( )個/視野 蛋白尿:[ なし ・ あり ] 尿中蛋白量:( )mg/dL 尿蛋白量/尿中クレアチニン比:( ) 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン:( )μg/L・未実施										
血液検査	血清総蛋白:( )g/dL 血清アルブミン:( )g/dL BUN:( )mg/dL 血清クレアチニン:( )mg/dL 血清シスタチンC:( )mg/L・未実施										
画像検査	超音波検査 (腎・尿路):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )										
	画像検査 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )										
	排尿時膀胱尿管造影:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )										

告示番号	12	慢性腎疾患 ( )	年度	小児慢性特定疾病 医療意見書 (新規申請用)	2/2	
画像検査	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )					
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
尿検査	血尿: [ なし ・ 肉眼的血尿 ・ 顕微鏡的血尿 ] 赤血球数: ( ) 個/視野 蛋白尿: [ なし ・ あり ] 尿中蛋白量: ( ) mg/dL 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ( ) 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン: ( ) μg/L・未実施					
血液検査	血清総蛋白: ( ) g/dL 血清アルブミン: ( ) g/dL BUN: ( ) mg/dL 血清クレアチニン: ( ) mg/dL 血清シスタチンC: ( ) mg/L・未実施					
画像検査	超音波検査 (腎・尿路): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )					
	画像検査 (腎尿路: 超音波以外): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )					
	排尿時膀胱尿管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )					
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )					
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )					
検査所見 (その他)	検査所見 (その他): ( )					
その他の所見 (申請時) ※直近の状況を記載						
合併症	合併症: [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
	基礎疾患 (症候群等): [ なし ・ あり ] 詳細: ( )					
家族歴	本疾患の家族歴: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 詳細: ( )					
既往歴	胎児期の超音波診断による異常: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎児期の羊水異常: [ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]					
経過 (申請時) ※直近の状況を記載						
薬物療法	利尿薬: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ] 球形吸着炭: [ なし ・ あり ] 腎疾患に対するパリーブズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ] その他: ( )					
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月: ( 年 月 ) 血液透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 導入年月: ( 年 月 )					
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )					
移植	腎移植: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 先行的腎移植: [ なし ・ あり ] 生体腎移植: [ なし ・ あり ]					
治療	治療 (その他): ( )					
今後の治療方針	今後の治療方針: ( )					
	治療見込み期間 (入院) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 治療見込み期間 (外来) 開始日: ( 年 月 日 ) 終了日: ( 年 月 日 ) 通院頻度 ( ) 回/月					
	学校生活管理指導表の指導区分: [ A ・ B ・ C ・ D ・ E ] 成長ホルモン治療申請の有無: [ なし ・ あり ]					
医療機関・医師署名						
上記の通り診断します。						
医療機関名					記載年月日	年 月 日
医療機関住所					診療科	
					医師名	
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	