

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 (継続申請用)		1/2	
病名	41 ポッター (Potter) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()		
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(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(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 ₂ 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 ()	