

告示番号		6		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	43 寡巨大糸球体症					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		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]			
	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)：()										
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 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：()									

告示番号	6	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	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: ()		
病理検査	腎生検: [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 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: ()		
病理検査	腎生検: [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: ()			
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プズマブ投与: [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
医療機関住所					年 月 日
					診療科
					医師名
					小児慢性特定疾病 指定医番号 ()