

告示番号		7		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	44 鰓耳腎症候群					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 ] 耳鼻科でのスクリーニング検査を契機に発見:[ 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 ] 耳小窩、耳介奇形、外耳、中耳、内耳の奇形、副耳のうち1つ以上を認める:[ なし・あり ]								
	その他	第2鰓弓奇形(鰓溝性瘻孔あるいは鰓溝性嚢胞):[ なし・あり ] 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 ] 耳鼻科でのスクリーニング検査を契機に発見:[ 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 ] 耳小窩、耳介奇形、外耳、中耳、内耳の奇形、副耳のうち1つ以上を認める:[ なし・あり ]								
	その他	第2鰓弓奇形(鰓溝性瘻孔あるいは鰓溝性嚢胞):[ なし・あり ] 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:( )									
	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:( )									

告示番号 **7** 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**

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：( )		
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 ] 薬物療法 (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 ( )		