

告示番号		22		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	6 ギャロウェイ・モワト (Galloway-Mowat) 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						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)	
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 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		
	小頭症(-2.0SD以下):[なし・あり]		出生時の小頭症(-2.0SD以下):[なし・あり]				
	頭囲:()cm		頭囲SD:()				
	顔貌所見:前頭部突出:[なし・あり]		前頭部狭小:[なし・あり]		眼間乖離:[なし・あり]		内眼角贅皮:[なし・あり]
眼瞼下垂:[なし・あり]		斜視:[なし・あり]		耳介形成異常:[なし・あり]		わし鼻:[なし・あり]	
鼻根部扁平:[なし・あり]		広い鼻梁:[なし・あり]		目立つ唇:[なし・あり]		長い人中:[なし・あり]	
高口蓋:[なし・あり]		小顎症:[なし・あり]		顔貌所見(その他):()			
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]					
	筋・骨格	筋緊張低下:[なし・あり・不明]					
	精神・神経	精神発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]					
		移動障害:[なし・走行・独立歩行・介助歩行・独立位・伝歩・坐位(移動可)・坐位(移動不可)・寝返り・寝たきり・不明]					
		てんかん分類:ウエスト症候群:[なし・あり]		レノックス・ガストー症候群:[なし・あり]		焦点性てんかん:[なし・あり]	
てんかん(その他):()							
その他	発達障害:[なし・あり・不明] 自閉スペクトラム症:[なし・あり・不明]						
	注意欠如多動症:[なし・あり・不明] 限局性学習症:[なし・あり・不明]						
	発達障害(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		
	頭囲:()cm		頭囲SD:()				
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]					
	筋・骨格	筋緊張低下:[なし・あり・不明]					
	精神・神経	精神発達遅滞:[なし・境界・軽度・中等度・重度・最重度・不明]					
		移動障害:[なし・走行・独立歩行・介助歩行・独立位・伝歩・坐位(移動可)・坐位(移動不可)・寝返り・寝たきり・不明]					
		てんかん分類:ウエスト症候群:[なし・あり]		レノックス・ガストー症候群:[なし・あり]		焦点性てんかん:[なし・あり]	
てんかん(その他):()							
その他	発達障害:[なし・あり・不明] 自閉スペクトラム症:[なし・あり・不明]						
	注意欠如多動症:[なし・あり・不明] 限局性学習症:[なし・あり・不明]						
	発達障害(その他):()						
外表奇形:()							
ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤の使用下での寛解状態か:[投薬による寛解ではない・投薬による寛解である]							
症状(その他):()							

告示番号 **22** 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**

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] 尿中蛋白量: ()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン: ()μg/L・未実施	赤血球数: ()個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ()	蛋白尿: [なし ・ あり] 一日尿蛋白量: ()g/day
血液検査	血清総蛋白: ()g/dL 血清クレアチニン: ()mg/dL 総コレステロール: ()mg/dL	血清アルブミン: ()g/dL 血清シスタチンC: ()mg/L・未実施 C3: ()mg/dL	BUN: ()mg/dL
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: ()		
MRI検査 (頭部): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)	所見: ()		
	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
所見: ()			
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 実施時年齢: (歳 か月)		
	検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名 (その他): () DQまたはIQ値: ()		
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] 尿中蛋白量: ()mg/dL	赤血球数: ()個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ()	蛋白尿: [なし ・ あり]
病理検査	腎生検: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日)		
所見: ()			
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査: [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 実施時年齢: (歳 か月)		
	検査名: [田中・ビネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名 (その他): () DQまたはIQ値: ()		
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] 詳細: ()		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない: [いいえ ・ はい]		
薬物療法	ステロイド薬: [なし ・ あり] 免疫抑制薬: [なし ・ あり] 生物学的製剤: [なし ・ あり]		
	抗凝固薬: [なし ・ あり] 抗血小板薬: [なし ・ あり] アルブミン製剤: [なし ・ あり] 降圧薬: [なし ・ あり] 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)		
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 ()		