

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 (継続申請用)		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"/> 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			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										
	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):()										
外表面奇形:() 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):()											
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:()					
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()月()日					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:()										

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〈継続申請用〉		2/2
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 ()	