

告示番号		25		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〉		1/3					
病名		2 びまん性メサンギウム硬化症								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規					
保険情報		保険者番号 () 被保険者記号 () 被保険者番号 () 被保険者個人単位枝番 () 資格取得年月日 年 月 日															
氏名		(セイメイ) (姓)						以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)							
住所		郵便番号 () 都道府県 () 市区町村 () 丁目番地等 ()															
生年月日		年 月 日								性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定					
出生地		都道府県 () 市区町村 ()															
出生体重		g		出生週数		在胎 週		日									
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳		か月 日									
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		%	
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		治療 ・ 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																	
最終受診日		(年 月 日)															
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg															
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]															
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]															
	その他	Wilms腫瘍：[なし ・ あり] 免疫抑制薬またはステロイド薬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]															
		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															
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]															
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]															
	その他	Wilms腫瘍：[なし ・ あり] 免疫抑制薬またはステロイド薬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]															
		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] 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]									
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									
羊水検査		羊水中α-フェトプロテイン：()ng/dL・未実施															

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号

25

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〉

3/3

医療機関・医師署名

上記の通り診断します。

医療機関名

医療機関所在地

電話番号

記載年月日

年

月

日

診断年月日

年

月

日

診療科

医師名

小児慢性特定疾病 指定医番号（）

・ 診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[認定 ・ 不認定]
研究同意の有無	[有 ・ 無]
受給者番号	受給者番号（ <div></div> ）有効期限 年 月 日
階層区分	[生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他]
保険情報	保険者番号（ <div></div> ）被保険者記号（ <div></div> ） 被保険者番号（ <div></div> ）被保険者個人単位枝番（ <div></div> ） 資格取得年月日 年 月 日