

[illegible]

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：（									
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 ]      経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[ なし ・ あり ]									
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 ]									
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 ]      成長ホルモン治療の有無：[ なし ・ あり ]									
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（									
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	
医療機関所在地					診断年月日		年	月	日	
電話番号					診療科					
					医師名					
					小児慢性特定疾病 指定医番号	（      ）				

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 ( ) 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 ( ) 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