告示番号 27　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	5　膜性腎症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 転入 → （　　）

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） （姓名）	以前の登録氏名 （変更のある場合）	（セイメイ） （姓名）		
住所	郵便番号（　　ー　　）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） 年　　月　　日	体重（測定日） kg（　　SD） 年　　月　　日	BMI		
			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

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
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]
	その他	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] 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 抗核抗体：（　　）倍・未実施	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 抗dsDNA抗体：（　　）IU/mL・未実施	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：（　　）		
病理検査	腎生検：[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：（　　）
基礎疾患	基礎疾患等（続発性の場合）：[なし ・ あり] 詳細（膠原病、感染症、薬剤性他）：（　　）

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] 抗凝固薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]	免疫抑制薬：[なし ・ あり] 抗血小板薬：[なし ・ あり]	生物学的製剤：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[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]	

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

告示番号 27　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〉

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
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　（　　）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