

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〉										1/2	
病名		1から5までに掲げるもののほか、ネフローゼ症候群 (具体的な疾病名：)										受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
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) 年 月 日			体重 (測定日)		kg (SD) 年 月 日			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													
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]													
		外表奇形：[なし ・ あり]													
所見：()															
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													
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]													
		外表奇形：[なし ・ あり]													
所見：()															
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 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] 所見：()						実施日：(年 月 日)							
病理検査		腎生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日)							
遺伝学的検査		遺伝子検査：[未実施 ・ 実施] 所見：()						実施日：(年 月 日)							
検査所見 (その他)		検査所見 (その他)：()													

受給者番号() 患者氏名()

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〉		2/2	
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：()									
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：()									
既往歴		胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]									
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：[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] 血液透析（慢性透析）：[未実施 ・ 実施]				導入年月：()年()月()日 導入年月：()年()月()日					
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			(印)		
						小児慢性特定疾病 指定医番号 ()					