

告示番号		30		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		13 エプスタイン (Epstein) 症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規									
受給者番号				受診日		年		月						日							
ふりがな						(変更があった場合)															
氏名						ふりがな															
(Alphabet)						(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		肥満度				%	
				年		月				日		年									
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 ]																			
	耳鼻咽喉	感受性難聴：[ なし ・ あり ]																			
	眼	白内障：[ 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)：( )																			
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 ]																			
	耳鼻咽喉	感受性難聴：[ なし ・ あり ]																			
	眼	白内障：[ 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 (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 ] 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：( ) 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン：( )μg/L ・ 未実施																			
血液検査		血小板数：( )×10 <sup>4</sup> /μL 血清総蛋白：( )g/dL 血清アルブミン：( )g/dL BUN：( )mg/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL 血清シスタチンC：( )mg/L ・ 未実施 総コレステロール：( )mg/dL C3：( )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：( )																			
聴力検査		聴力検査：[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日：( 年 月 日 ) 所見：( )																			

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号		30		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 (その他)		検査所見 (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 : ( ) 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン : ( ) μg/L ・ 未実施													
血液検査		血小板数 : ( ) × 10 <sup>4</sup> / μL 血清総蛋白 : ( ) g/dL 血清アルブミン : ( ) g/dL BUN : ( ) mg/dL 血清クレアチニン : ( ) mg/dL 血清シスタチンC : ( ) mg/L ・ 未実施 総コレステロール : ( ) mg/dL C3 : ( ) 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 : ( )													
聴力検査		聴力検査 : [ 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 : ( )													
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 ] 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 ( )															