

告示番号		10		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		39 ポッター (Potter) 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 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)		体重 (測定日)		kg (SD)		BMI			
				年 月 日				年 月 日		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]											
	耳鼻咽喉	難聴：[なし ・ あり]											
	その他	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											
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	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] 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 ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施											
血液検査		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											
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：()											
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
		排尿時膀胱尿管造影：[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	10	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
画像検査	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[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）：（ ）				
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 ₂ ミクログロブリン：（ ）μg/L・未実施				
血液検査	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				
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：（ ）				
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	排尿時膀胱尿管造影：[未実施 ・ 実施] 実施日：（ 年 月 日 ） 所見：（ ）				
	核医学検査（レノグラム、レノシンチを含む）：[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：（ ）				
	基礎疾患（症候群等）：[なし ・ あり] 詳細：（ ）				
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明] 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] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]				
経過（申請時） ※直近の状況を記載					
薬物療法	利尿薬：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり] 球形吸着炭：[なし ・ あり] 腎疾患に対するパリプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明] その他：（ ）				
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 ）				
手術	手術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（ 年 月 日 ） 術式：（ ）				
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 医療機関住所		記載年月日 年 月 日 診療科 医師名 小児慢性特定疾病 指定医番号 （ ）			
		(印)			