

告示番号		28		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		47 ファンコーニ (Fanconi) 症候群						受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ()			
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 (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]											
	眼	白内障：[なし ・ あり] 緑内障：[なし ・ あり]											
	その他	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] 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 尿中カルシウム / 尿中クレアチニン比：・ 未実施 尿pH：() アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施] 尿糖：[なし ・ あり]											
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 血清尿酸：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清K：()mEq/L 血清Cl：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血清P：()mg/dL 血清Mg：()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr ・ 未実施 血漿アルドステロン：()pg/mL ・ 未実施											
血液ガス分析		pH：() ・ 未実施 HCO ₃ -：() ・ 未実施 BE：() ・ 未実施 anion gap：() ・ 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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()											
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		胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	28	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〉	2/2
経過（申請時） ※直近の状況を記載							
薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()						
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 ()					