

告示番号		21		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		3 微小変化型ネフローゼ症候群								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				(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 (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 ] 発症半年以内に3回以上 (新規症例は初発時も1回に含む)、あるいは任意の1年に4回以上のネフローゼ症候群の再発：[ なし ・ あり ] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ なし ・ あり ] 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 <sub>2</sub> 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 総コレステロール：( )mg/dL C3：( )mg/dL 抗核抗体：( )倍・未実施 抗dsDNA抗体：( )IU/mL・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：( )											
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：( )											
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 ]											
薬物療法		プレドニゾロン：投与量 (初発時)：( )mg/kg ・ mg/m <sup>2</sup> ・ 不明 投与方法 (初発時)：[ 国際法 ・ 長期漸減 ・ 不明 ]											
		ステロイド薬：[ なし ・ あり ]		免疫抑制薬：[ 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 ]							
		生物学的製剤：[ 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 ]											

受給者番号( ) 患者氏名( )

告示番号	21	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
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      ) 血漿交換療法：[ 未実施 ・ 実施 ]      LDL アフェレシス：[ 未実施 ・ 実施 ]					
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。						
<div>医療機関名</div> <div>医療機関住所</div> <div>記載年月日</div> <div>年</div> <div>月</div> <div>日</div> <div>診療科</div> <div>医師名</div> <div>小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )</div> <div>(印)</div>						