

告示番号		40		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		8 メサンギウム増殖性糸球体腎炎 (IgA 腎症を除く。)								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) 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] 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											
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：()											
基礎疾患		基礎疾患等 (二次性の場合) : [なし ・ あり] 詳細 (膠原病、感染症、悪性腫瘍他) : ()											
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：[いいえ ・ はい] 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) 血漿交換療法：[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]											

受給者番号() 患者氏名()

告示番号	40	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				
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（	）						