

告示番号 <b>26</b>		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	1 フィンランド型先天性ネフローゼ症候群			受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )			
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( ) 被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( ) 資格取得年月日 年 月 日							
氏名	(セイメイ) (姓名)		以前の登録氏名 (変更のある場合)	(セイメイ) (姓名)				
住所	郵便番号 ( - ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )							
生年月日	年 月 日			性別	男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地	都道府県 ( ) 市区町村 ( )							
出生体重	g	出生週数	在胎 週 日					
発症時期	年 月 頃		記載時の年齢	満 歳 か月 日				
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		年 月 日	肥満度	%	
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								
最終受診日	( 年 月 日 )							
身体所見	血圧：実施日：( 年 月 日 ) 収縮期：( )mmHg 拡張期：( )mmHg							
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 ]						
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[ なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明 ]						
	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 ] 尿中蛋白量：( )mg/dL 尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン：( )μg/L・未実施		赤血球数：( )個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比：( )		蛋白尿：[ なし ・ あり ]			
血液検査	血清総蛋白：( )g/dL 血清クレアチニン：( )mg/dL 総コレステロール：( )mg/dL		血清アルブミン：( )g/dL 血清シスタチンC：( )mg/L・未実施 C3：( )mg/dL		BUN：( )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：( )							
	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：( )							
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：( )							
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：( )							
既往歴	血栓症：[ なし ・ あり ] 敗血症：[ なし ・ あり ] 胎児期の超音波診断による異常：[ なし ・ あり ・ 不明 ]							
経過 (申請時) ※直近の状況を記載								
臨床経過	先天性ネフローゼ症候群：[ なし ・ あり ] 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[ いいえ ・ はい ]							
薬物療法	ロイド薬：[ なし ・ あり ] 抗血小板薬：[ なし ・ あり ] インドメタシン：[ なし ・ あり ] 生物学的製剤：[ なし ・ あり ]		免疫抑制薬：[ なし ・ あり ] アルブミン製剤：[ なし ・ あり ] 甲状腺ホルモン：[ 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 ]		抗凝固薬：[ なし ・ あり ] 利尿薬：[ なし ・ あり ] 降圧薬：[ なし ・ あり ]			

告示番号	26	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
薬物療法	免疫グロブリン補充療法 (定期): [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 特記事項: ( )				
	予防投与 (抗菌薬): [ なし ・ あり ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ] 特記事項: ( )				
栄養管理	中心静脈栄養: [ 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 )				
手術	腎摘出術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: [ 両側 ・ 右 ・ 左 ] 治療効果: [ 著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能 ]				
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 ]				
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 ( )				
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
医療機関所在地				診断年月日	年 月 日
電話番号				診療科	
				医師名	
				小児慢性特定疾病 指定医番号 ( )	

・診断年月日欄には、本医療意見書に記載された内容を診断した日を記載してください。

行政記載欄	
担当自治体	
受理日	年 月 日
公費負担者番号	
認定結果	[ 認定 ・ 不認定 ]
研究同意の有無	[ 有 ・ 無 ]
受給者番号	受給者番号 ( ) 有効期限 年 月 日
階層区分	[ 生活保護 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ その他 ]
保険情報	保険者番号 ( ) 被保険者記号 ( )
	被保険者番号 ( ) 被保険者個人単位枝番 ( )
	資格取得年月日 年 月 日