

告示番号		25		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)		1/3		
病名	2 びまん性メサンギウム硬化症					受付種別	<input type="checkbox"/> 新規			
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)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)				
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	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	治療 ・ 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										
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	Wilms腫瘍：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬またはステロイド薬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 ]								
		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					
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	Wilms腫瘍：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬またはステロイド薬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 ]								
		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 <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							
羊水検査	羊水中α-フェトプロテイン：( )ng/dL・未実施									

告示番号	25	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)	2/3
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	巨大胎盤 (出生体重の25%以上): [ なし ・ あり ・ 不明 ] 胎盤重量: ( )g				
	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): ( )				
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				
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: ( )				
	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	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	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 ] 利尿薬: [ なし ・ あり ]				
	インドメタシン: [ なし ・ あり ] 甲状腺ホルモン: [ 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ーブズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ]				
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