

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 (継続申請用)		1/2		
病名	2 びまん性メサンギウム硬化症			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	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 (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 ₂ 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：()					
	基礎疾患 (症候群等)：[なし ・ あり] 詳細：()					

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〈継続申請用〉 **2/2**

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