

告示番号		24		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	3 微小変化型ネフローゼ症候群						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											
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回を含む)、あるいは過去1年以内に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)：()										
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回を含む)、あるいは過去1年以内に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 (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 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)									
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施]		実施日：(年 月 日)									
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 ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施											

告示番号	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
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 抗核抗体：()倍・未実施	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 抗dsDNA抗体：()IU/mL・未実施	BUN：()mg/dL
画像検査	超音波検査(腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：(年 月 日)	
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施] 所見：()	実施日：(年 月 日)	
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：[いいえ ・ はい]		
薬物療法	プレドニゾン：投与量(初発時)：()mg/kg ・ mg/m ² ・ 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립ズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]		
	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]		
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