# 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〈継続申請用〉



| | | | |
|---|---|---|---|
| 病名 | 3　微小変化型ネフローゼ症候群 | 受付種別 | □ 継続　転出実施主体名<br>□ 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（　　）<br>資格取得年月日　　年　　月　　日 | | | | |
| 氏名 | （セイメイ）<br>（姓名） | 以前の登録氏名<br>（変更のある場合） | （セイメイ）<br>（姓名） | | |
| 住所 | 郵便番号（　　ー　　）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）<br>年　　月　　日 | 体重（測定日） | kg（　　SD）<br>年　　月　　日 | BMI<br>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 |
| 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 ]<br>発症半年以内に3回以上（新規症例は初発時も１回に含む）、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 ]<br>ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[ なし ・ あり ]<br>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 ]<br>尿中蛋白量：（　　）mg/dL　尿蛋白量／尿中クレアチニン比：（　　）<br>尿中$\beta_2$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<br>血清クレアチニン：（　　）mg/dL　血清シスタチンC：（　　）mg/L・未実施<br>総コレステロール：（　　）mg/dL　C3：（　　）mg/dL<br>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）<br>所見：（　　） |
| 病理検査 | 腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ]　実施日：（　　年　　月　　日）<br>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 ]<br>詳細：（　　） |
| 家族歴 | 本疾患の家族歴：[ なし ・ あり ・ 不明 ]<br>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 | プレドニゾロン：投与量（初発時）：（　　）mg/kg ・ mg/m² ・ 不明　投与法（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 ]<br>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 ]<br>生物学的製剤：[ なし ・ あり ]　腎疾患に対するパリブズマブ投与：[ なし ・ あり ・ 不明 ] |

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

**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〈継続申請用〉　**2/2**

| | |
|---|---|
| 血液浄化 | 腹膜透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]　導入年月：（　年　月 ）<br>血液透析（慢性透析）：[ 未実施 ・ 実施 ]　導入年月：（　年　月 ）<br>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 ）<br>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 ）<br>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） ・<br>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（就労中の就労も含む） ・ 未就学かつ未就労 ・<br>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　（　　）<br>被保険者番号　（　　）　被保険者個人単位枝番　（　　）<br>資格取得年月日　年　月　日 |