

告示番号		23		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	4 巣状分節性糸球体硬化症					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									
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 ]								
	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	外表奇形：[ なし ・ あり ] 所見：( ) 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 ] 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 (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						
	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 )						
	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：( )									

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 ] 経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往: [ なし ・ あり ]		
薬物療法	プレドニゾン: 投与量 (初発時): ( ) mg/kg ・ mg/m <sup>2</sup> ・ 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 ]	腎疾患に対するパリーブズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ]	
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 )	
	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