

告示番号 22		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	6 ギャロウェイ・モワト (Galloway-Mowat) 症候群			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)	
	年 月 日	年 月 日		年 月 日	BMI 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		
	頭囲:()cm		頭囲SD:()			
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]				
	筋・骨格	筋緊張低下:[なし ・ あり ・ 不明]				
	精神・神経	精神発達遅滞:[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]				
		移動障害:[なし ・ 走行 ・ 独立歩行 ・ 介助歩行 ・ 独立位 ・ 伝歩 ・ 坐位 (移動可) ・ 坐位 (移動不可) ・ 寝返り ・ 寝たきり ・ 不明]				
その他	てんかん分類:ウエスト症候群:[なし ・ あり]		レノックス・ガストー症候群:[なし ・ あり]	焦点性てんかん:[なし ・ あり]		
	てんかん (その他):()					
	発達障害:[なし ・ あり ・ 不明]		自閉スペクトラム症:[なし ・ あり ・ 不明]			
注意欠如多動症:[なし ・ あり ・ 不明]		限局性学習症:[なし ・ あり ・ 不明]				
発達障害 (その他):()						
外表面形:()						
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]						
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:()			
病理検査	腎生検:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 所見:()					
発達・知能指数検査	発達・知能指数検査:[未実施 ・ 実施] 実施日:(年 月 日) 実施時年齢:(歳 か月) 検査名:[田中・ピネー式 ・ WPPSI ・ WISC ・ WAIS-R ・ 新版K式 ・ K-ABC ・ 遠城寺式 ・ KIDS ・ その他] 検査名 (その他):() DQまたはIQ値:()					
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:()					
家族歴	本疾患の家族歴:[なし ・ あり ・ 不明] 詳細:()					
既往歴	胎児期の超音波診断による異常:[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	ステロイド薬: [なし ・ あり]	免疫抑制薬: [なし ・ あり]	生物学的製剤: [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]		
	薬物療法 (その他): ()		
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)	
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