

|                        |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                               |                                                                                         |  |                                                        |  |                      |  |                       |  |                                                                                                     |  |     |  |  |
|------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|----------------------|--|-----------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|--|
| 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                  |  | <div><input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名</div> <div><input type="checkbox"/> 転入    → ( )</div> |  |     |  |  |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                               |                                                                                         |  |                                                        |  | 以前の登録氏名<br>(変更のある場合) |  | (セイメイ)<br>(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<br>身長・体重           |       | 身長<br>(測定日)                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                               | cm (      SD)                                                                           |  |                                                        |  | 体重<br>(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 (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<br>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    ]<br>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    ]                                         |                                                                                                               |                                                                                         |  |                                                        |  |                      |  |                       |  |                                                                                                     |  |     |  |  |
|                        |       | 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    ]<br>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    ]<br>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    ]<br>発達障害 (その他)：(      )                                                                           |                                                                                                               |                                                                                         |  |                                                        |  |                      |  |                       |  |                                                                                                     |  |     |  |  |
|                        |       | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 外表奇形：(      )<br>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>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：(      )                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                         |  |                                                        |  |                      |  |                       |  |                                                                                                     |  |     |  |  |
| 病理検査                   |       | 腎生検：[    未実施    ・    実施    ]      実施日：(      年      月      日    )<br>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    )<br>検査名：[    田中・ビネー式    ・    WPPSI    ・    WISC    ・    WAIS-R    ・    新版K式    ・    K-ABC    ・    遠城寺式    ・    KIDS    ・    その他    ]<br>検査名 (その他)：(      )<br>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    )<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：(      )                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                               |                                                                                         |  |                                                        |  |                      |  |                       |  |                                                                                                     |  |     |  |  |
| 既往歴                    |       | 胎児期の超音波診断による異常：[    なし    ・    あり    ・    不明    ]<br>詳細：(      )                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                               |                                                                                         |  |                                                        |  |                      |  |                       |  |                                                                                                     |  |     |  |  |

