

告示番号	38	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	19 ネイル・パテラ (Nail-Patella) 症候群 (爪膝蓋症候群)		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) 年 月 日	cm ( SD)	体重 (測定日) 年 月 日
			kg ( SD)
			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
	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
	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 ]
	皮膚・粘膜	爪異形成・低形成:[ なし ・ あり ]	腎機能低下:[ なし ・ あり ]
	筋・骨格	骨・関節症状:[ 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 ]	神経症状:[ なし ・ あり ]
	眼	緑内障:[ なし ・ あり ]	
	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 ] 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 ]
	皮膚・粘膜	爪異形成・低形成:[ なし ・ あり ]	腎機能低下:[ なし ・ あり ]
	筋・骨格	骨・関節症状:[ 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 ]	神経症状:[ なし ・ あり ]
	眼	緑内障:[ なし ・ あり ]	
	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 ] 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 <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		
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:( )		
	単純X線検査:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	部位:( )		
	所見:( )		
	CTまたはMRI検査 (骨):[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	部位:( )		
	所見:( )		
病理検査	腎生検:[ 未実施 ・ 実施 ]	実施日:( 年 月 日 )	
	所見:( )		

告示番号 38		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
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
整形外科的検査	整形外科的検査: [ 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): ( )			
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 ] 尿中蛋白量: ( ) mg/dL	赤血球数: ( ) 個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ( )	蛋白尿: [ なし ・ あり ] 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 血清クレアチニン: ( ) mg/dL C3: ( ) mg/dL	血清アルブミン: ( ) g/dL 血清シスタチンC: ( ) mg/L・未実施	BUN: ( ) mg/dL 総コレステロール: ( ) 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		
	単純X線検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 所見: ( )	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
	CTまたはMRI検査 (骨): [ 未実施 ・ 実施 ] 部位: ( ) 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		
遺伝学的検査	遺伝子検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
眼科学的検査	眼科学的検査: [ 未実施 ・ 実施 ] 所見: ( )	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
整形外科的検査	整形外科的検査: [ 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 ] 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	ステロイド薬: [ なし ・ あり ] 抗凝固薬: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ]	免疫抑制薬: [ なし ・ あり ] 抗血小板薬: [ なし ・ あり ]	生物学的製剤: [ なし ・ あり ] アルブミン製剤: [ なし ・ あり ]	
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ] 血液透析 (慢性透析): [ 未実施 ・ 実施 ]	導入年月: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日		
移植	腎移植: [ 未実施 ・ 実施 ] 先行的腎移植: [ なし ・ あり ]	実施日: ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 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