

告示番号		4		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	33 ギッテルマン (Gitelman) 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)	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 (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]		腎機能低下:[なし ・ あり] 腎石灰化:[なし ・ あり]	
	その他	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]		腎機能低下:[なし ・ あり] 腎石灰化:[なし ・ あり]	
	その他	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 ₂ ミクログロブリン:()μg/L・未実施		
血液検査	尿中カルシウム/尿中クレアチニン比:・未実施		尿pH:()		アミノ酸尿:[なし ・ あり ・ 未実施]		
	尿糖:[なし ・ あり]		尿比重:()				
	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		血清尿酸:()mg/dL		
	血清Na:()mEq/L		血清K:()mEq/L		血清Cl:()mEq/L		
血液ガス分析	血清Ca:()mg/dL		血清P:()mg/dL		血清Mg:()mg/dL		
	血漿レニン活性 (PRA):()ng/mL/hr・未実施		血漿アルドステロン:()pg/mL・未実施				
	pH:()・未実施		HCO ₃ ⁻ :()・未実施		BE:()・未実施		anion gap:()・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)		腎石灰化:[なし ・ あり]		
	所見 (その他):()						
病理検査	画像検査 (腎尿路:超音波以外):[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)		腎石灰化:[なし ・ あり]		
	所見 (その他):()						
遺伝学的検査	腎生検:[未実施 ・ 実施]		実施日:(年 月 日)				
	所見:()						
検査所見 (その他)	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):()						

告示番号 **4** 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**

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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比: ・未実施 尿糖: [なし ・ あり]	赤血球数: () 個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: () 尿pH: () 尿比重: ()	蛋白尿: [なし ・ あり] 尿中β ₂ ミクログロブリン: ()μg/L・未実施 アミノ酸尿: [なし ・ あり ・ 未実施]
血液検査	血清総蛋白: ()g/dL 血清クレアチニン: ()mg/dL 血清Na: ()mEq/L 血清Ca: ()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA): ()ng/mL/hr・未実施	血清アルブミン: ()g/dL 血清シスタチンC: ()mg/L・未実施 血清K: ()mEq/L 血清P: ()mg/dL 血漿アルドステロン: ()pg/mL・未実施	BUN: ()mg/dL 血清尿酸: ()mg/dL 血清Cl: ()mEq/L 血清Mg: ()mg/dL
血液ガス分析	pH: ()・未実施 HCO ₃ ⁻ : ()・未実施	BE: ()・未実施	anion gap: ()・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) 腎石灰化: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()		
	画像検査 (腎尿路: 超音波以外): [未実施 ・ 実施] 実施日: (年 月 日) 腎石灰化: [なし ・ あり] 所見 (その他): ()		
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: ()		
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] 胎児期の羊水異常: [なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載			
薬物療法	降圧薬: [なし ・ あり] 薬物療法: [なし ・ あり] 使用薬剤名: ()		
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