

|                        |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                            |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |                 |  |
|------------------------|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|-------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------|--|
| 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〈継続申請用〉                                                            |  | 1/2             |  |
| 病名                     |       | 33 ギッテルマン (Gitelman) 症候群                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                         |  | 受付種別                             |  | <input type="checkbox"/> 継続      転出実施主体名<br><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 ( )<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)<br>年      月      日           |  | 体重<br>(測定日)             |  | kg (      SD)<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                            |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |                 |  |
| 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 ]      腎石灰化：[ なし ・ あり ]                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                            |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |                 |  |
|                        | その他   | 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：(      )      尿中β <sub>2</sub> ミクログロブリン：(      )μg/L・未実施<br>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 ]<br>尿糖：[ なし ・ あり ]      尿比重：(      )                                                                       |  |                                            |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |                 |  |
| 血液検査                   |       | 血清総蛋白：(      )g/dL      血清アルブミン：(      )g/dL      BUN：(      )mg/dL<br>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<br>血清Na：(      )mEq/L      血清K：(      )mEq/L      血清Cl：(      )mEq/L<br>血清Ca：(      )mg/dL      血清P：(      )mg/dL      血清Mg：(      )mg/dL<br>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 |  |                                            |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |                 |  |
| 血液ガス分析                 |       | pH：(      )・未実施      HCO3 <sup>-</sup> ：(      )・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 )<br>腎石灰化：[ なし ・ あり ]<br>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 )<br>腎石灰化：[ なし ・ あり ]<br>所見 (その他)：(      )                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                            |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |                 |  |
| 病理検査                   |       | 腎生検：[ 未実施 ・ 実施 ]      実施日：(      年      月      日 )<br>所見：(      )                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                            |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |                 |  |
| 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 ]      胎児期の羊水異常：[ なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少 ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                            |  |                         |  |                                  |  |                                                                                  |  |                 |  |

