

告示番号	12	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	41 ポッター (Potter) 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)
	年 月 日	年 月 日	kg ( SD)
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 )	
	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
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 ]	
	耳鼻咽喉	難聴:[ なし ・ あり ]	
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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 ]	
	その他	内・外性器異常:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 外表奇形:[ なし ・ あり ] 所見:( ) 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		
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:( )		
	画像検査 (腎尿路:超音波以外):[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		
	排尿時膀胱尿管造影:[ 未実施 ・ 実施 ] 実施日:( 年 月 日 ) 所見:( )		

告示番号 **12** 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**

画像検査	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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): ( )		
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: ( ) 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		
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: ( )		
	画像検査 (腎尿路: 超音波以外): [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
	排尿時膀胱尿管造影: [ 未実施 ・ 実施 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 所見: ( )		
	核医学検査 (レノグラム、レノシンチを含む): [ 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: ( )		
	基礎疾患 (症候群等): [ 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	利尿薬: [ なし ・ あり ] 降圧薬: [ なし ・ あり ] 球形吸着炭: [ なし ・ あり ] 腎疾患に対するパリーブズマブ投与: [ なし ・ あり ・ 不明 ] 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 )		
手術	手術: [ 未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済 ] 実施日: ( 年 月 日 ) 術式: ( )		
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