

告示番号		6		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	43 寡巨大糸球体症					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <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 () 資格取得年月日 年 月 日									
氏名	(セイメイ) (姓名)			以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓名)				
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			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	治癒 ・ 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)：()								
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 ₂ 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：()									
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：()									
	基礎疾患 (症候群等)：[なし ・ あり]									
	詳細：()									

告示番号 **6** 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) **2/2**

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]
	腎疾患に対するパルプズマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]	球形吸着炭：[なし ・ あり]
	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