

告示番号		7		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	44 鯉耳腎症候群					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 ] 耳鼻科でのスクリーニング検査を契機に発見：[ 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 ] 耳小窩、耳介奇形、外耳、中耳、内耳の奇形、副耳のうち1つ以上を認める：[ なし ・ あり ]							
	その他	第2鯉弓奇形 (鯉溝性瘻孔あるいは鯉溝性嚢胞)：[ なし ・ あり ] 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 <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：( )								
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プズマブ投与:[ なし ・ あり ・ 不明 ] 薬物療法 (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