

告示番号		31		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	50 ファンコーニ (Fanconi) 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		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 ]			
	眼	白内障:[ なし ・ あり ]		緑内障:[ 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 ]			
	眼	白内障:[ なし ・ あり ]		緑内障:[ 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 <sub>2</sub> ミクログロブリン:( )μg/L・未実施				
	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 ]								
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		血清尿酸:( )mg/dL				
	血清Na:( )mEq/L		血清K:( )mEq/L		血清Cl:( )mEq/L				
	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						
血液ガス分析	pH:( )・未実施		HCO <sub>3</sub> <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 )								
	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):( )								
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 ] 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: ( )	蛋白尿: [ なし ・ あり ] 尿中β <sub>2</sub> 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 <sub>3</sub> <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 ) 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): ( )

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