

告示番号 28 慢性腎疾患 平成（ ）年度 小児慢性特定疾病 医療意見書													
受給者番号（ ）					新規登録 ・ 継続 ・ 転入 （ 転出地： ）								
患者		ふりがな 氏名			男 ・ 女		生年月日		平成 年 月 日（満 歳）				
出生都道府県※1						出生体重		g		出生週数		在胎 週	
現在の身長※2			. cm			現在の体重※2		. kg		母の生年月日		昭和 平成 年 月 日	
発病		年 月 頃			初診日		年 月 日						
大分類病名		19 ファンコーニ（Fanconi）症候群			細分類病名		45		ファンコーニ（Fanconi）症候群				
1. 臨床所見													
現在の の 症 状		該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載 症状の有無 （ なし ・ あり → 血尿 ・ 蛋白尿 ・ 腎機能低下 ・ 高血圧 ・ 浮腫 ・ その他（ ） ） 収縮期血圧 （ ） mmHg 拡張期血圧 （ ） mmHg 現在の身長・体重・血圧の測定日 （ 年 月 日）											
2. 検査所見													
診 断 の 根 拠 と な っ た 主 な 検 査 等 の 結 果		該当するものに○をつけ、必要な場合には（ ）内に記載（数値を用いて具体的に） 継続は現在の状況を記載 血尿 （ なし ・ あり → 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 → 尿蛋白 （ ） mg/dL ） 尿蛋白量 / 尿中クレアチニン比 （ ） 尿中β2ミクログロブリンの上昇 （ なし ・ あり ） 糖尿 （ なし ・ あり ） アミノ酸尿 （ なし ・ あり ） 尿pH （ ） 尿中カルシウム / 尿中クレアチニン比 （ ） 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 （ ） ng/mL/hr 血漿アルドステロン （ ） pg/mL 血液ガスpH （ ） 血液ガスHCO3 ⁻ （ ） 血液ガスBE （ ） 血液ガスanion gap （ ） 腎・尿路超音波検査 （ 未実施 ・ 実施 → 腎石灰化（ なし ・ あり ） 、その他の所見： ） 腎尿路画像検査（超音波以外） （ 未実施 ・ 実施 → 腎石灰化（ なし ・ あり ） 、その他の所見： ） 遺伝子検査 （ 未実施 ・ 実施 → 所見： ） 眼科的異常 （ なし ・ あり → 緑内障 ・ 白内障 ・ その他（ ） ） 胎児期の羊水異常 （ なし ・ あり → 羊水過多 ・ 羊水過少 ）											
3. その他の所見													
その他の 現在の 所見など		合併症 （ なし ・ あり → 詳細： ）											
4. 経 過													
現 在 の 治 療		該当するものに○をつけ、必要な場合は（ ）内に記載（これまでに行われた主な治療、検査など） 薬物療法 （ 未実施 ・ 実施 → 使用薬剤名： ） 腹膜・血液透析 （ 未実施 ・ 実施 → 腹膜透析 ・ 血液透析 ） 腎移植 （ 未実施 ・ 実施 ）											
過去 の 主 な 治 療・ 検 査 な ど													
5. 今後の療方方針													
学校生活管理指導表の指導区分 ： A B C D E （幼児も同様な基準に準じる）													
就学・就労		1. 就学前 2. 小中学校（通常学級・通級・特別支援学級） 3. 特別支援学校（小中学部・専攻科を含む高等部） 4. 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 5. 大学（短期大学を含む） 6. 就労（就学中の就労も含む） 7. 未就学かつ未就労 8. その他（ ）											
現状評価		一つに○印： 治癒 ・ 寛解 ・ 改善 ・ 不変 ・ 再発 ・ 悪化 ・ 死亡 ・ 判定不能 小児慢性特定疾病 重症患者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明 人工呼吸器等装着者認定基準に該当： しない ・ する ・ 不明											
治療見込期間		入院		年 月 日 から		年 月 日 まで							
		通院		年 月 日 から		年 月 日 まで		（ 月 回 ）					
上 記 の 通 り 診 断 し ま す 。 医療機関名 および 所在地 平成 年 月 日 医師名 科 印 小児慢性特定疾病指定医番号													

※1 出生都道府県は母子健康手帳に記載されている出生した際に出生届を提出した住民票の所在地を記入

※2 現在の身長・現在の体重は小数点1位まで記入