

告示番号		23		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〉		1/2	
病名		1 フィンランド型先天性ネフローゼ症候群								受付種別		<input type="checkbox"/> 新規	
受給者番号				受診日		年 月 日							
ふりがな 氏名 (Alphabet)				(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (Alphabet)									
生年月日		年 月 日		意見書記載時の年齢		歳 か月 日		性別		男 ・ 女 ・ 性別未決定			
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日		出生時に住民登録をした所		() 都道府県 () 市区町村			
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 %			
発病時期		年 月 頃		初診日		年 月 日							
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 ()											
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 (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													
身体所見		血圧：実施日：(年 月 日) 収縮期：()mmHg 拡張期：()mmHg											
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]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	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											
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]											
	精神・神経	精神運動発達遅滞：[なし ・ 境界 ・ 軽度 ・ 中等度 ・ 重度 ・ 最重度 ・ 不明]											
	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 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 総コレステロール：()mg/dL C3：()mg/dL											
羊水検査		羊水中α-フェトプロテイン：()ng/dL・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：()											
病理検査		巨大胎盤 (出生体重の25%以上)：[なし ・ あり ・ 不明] 胎盤重量：()g											
		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)：()											

受給者番号（		患者氏名（		）	
告示番号		23		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〉	
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		
	総コレステロール：（）mg/dL		C3：（）mg/dL		
画像検査	超音波検査（腎・尿路）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（）年（）月（）日（）				
	画像検査（腎尿路：超音波以外）：[未実施 ・ 実施] 実施日：（）年（）月（）日（）				
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：（）				
家族歴	本疾患の家族歴：[なし ・ あり ・ 不明]				
	詳細：（）				
既往歴	血栓症：[なし ・ あり] 敗血症：[なし ・ あり] 胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明]				
経過（申請時）※直近の状況を記載					
臨床経過	先天性ネフローゼ症候群：[なし ・ あり] 発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[なし ・ あり]				
薬物療法	ステロイド薬：[なし ・ あり] 免疫抑制薬：[なし ・ あり] 抗凝固薬：[なし ・ あり]				
	抗血小板薬：[なし ・ あり] アルブミン製剤：[なし ・ あり] 利尿薬：[なし ・ あり]				
	インドメタシン：[なし ・ あり] 甲状腺ホルモン：[なし ・ あり] 降圧薬：[なし ・ あり]				
	生物学的製剤：[なし ・ あり] 腎疾患に対するパリゾマブ投与：[なし ・ あり ・ 不明]				
	免疫グロブリン補充療法（定期）：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
	特記事項：（）				
	予防投与（抗菌薬）：[なし ・ あり] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
	特記事項：（）				
栄養管理	中心静脈栄養：[なし ・ あり]				
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	腎摘出術：[未実施 ・ 実施予定 ・ 実施済] 実施日：（）年（）月（）日（）				
	術式：[両側 ・ 右 ・ 左] 治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 悪化 ・ 判定不能]				
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]					
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			
医療機関住所		診療科（）			
		医師名（印）			
		小児慢性特定疾病 指定医番号（）			