

告示番号		22		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		2 びまん性メサンギウム硬化症								受付種別		<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )	
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 (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	Wilms腫瘍：[ なし ・ あり ] 免疫抑制薬またはステロイド薬の使用下での寛解状態か：[ 投薬による寛解ではない ・ 投薬による寛解である ]											
		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 <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 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 )											
		所見：( )											
画像検査		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		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：( )											
合併症		基礎疾患 (症候群等)：[ なし ・ あり ]											
		詳細：( )											

告示番号	22	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
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ーブズマブ投与：[ 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 （ ）					