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〈継続申請用〉

病名	4　巣状分節性糸球体硬化症	受付種別	□ 継続　転出実施主体名 □ 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（　　ー　　）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）　年　　月　　日 体重（測定日）　kg（　　SD）　年　　月　　日 BMI 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]
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	外表奇形：[なし ・ あり] 所見：（　　） ステロイド薬、免疫抑制薬、生物学的製剤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] ステロイド抵抗性ネフローゼ症候群：[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_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 抗核抗体：（　　）倍・未実施　抗dsDNA抗体：（　　）IU/mL・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：（　　）
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：（　　）
	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：（　　）

受給者番号（　　）　患者氏名（　　）

2025a-001

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〈継続申請用〉**　**2/2**

経過（申請時）　※直近の状況を記載

臨床経過	発症以来蛋白尿の陰性化を認めない：[　いいえ　・　はい　]　経過中のネフローゼの診断基準を満たす低蛋白血症と蛋白尿の既往：[　なし　・　あり　]
薬物療法	プレドニゾロン：投与量（初発時）：(　　)mg/kg　・　mg/m²　・　不明　　投与法（初発時）：[　国際法　・　長期漸減　・　不明　]
	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　]　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ブズマブ投与：[　なし　・　あり　・　不明　]
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　) 血漿交換療法：[　未実施　・　実施　]　LDLアフェレシス：[　未実施　・　実施　]
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