

告示番号		38		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		19 ネイル・パテラ (Nail-Patella) 症候群 (爪膝蓋症候群)								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)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
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		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]											
	皮膚・粘膜	爪異形成・低形成：[なし ・ あり]											
	筋・骨格	骨・関節症状：[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] 神経症状：[なし ・ あり]											
	眼	緑内障：[なし ・ あり]											
	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] 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											
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：()											
		単純X線検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 所見：()											
		CTまたはMRI検査 (骨)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 部位：() 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：()											
眼科学的検査		眼科学的検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											
整形外科的検査		整形外科的検査：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()											

受給者番号（）

患者氏名（）

2025a-001

告示番号

38

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

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：（）

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

ステロイド薬：[なし ・ あり]免疫抑制薬：[なし ・ あり]生物学的製剤：[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]

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）
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）終了日：（年月）
治療見込み期間（外来）開始日：（年月）終了日：（年月）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