

認定審査には医療意見書の **枠で囲われた項目に記入が必要です。**

告示番号	21	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	3 微小変化型ネフローゼ症候群			受付種別 <input type="checkbox"/> 新規							
受給者番号		受診日	年 月 日								
ふりがな	受給者の基本情報が記入されているかご確認ください。			新様式となっているかご確認ください。 ※ 新様式は「新規」と「更新・転入」は、別になっています。 ※ 旧様式での申請は受付できませんのでご注意ください。							
氏名 (Alphabet)											
生年月日	年 月 日	意見書記載時の年齢	歳 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) 年 月 日	cm (SD)	体重 (測定日) 年 月 日	kg (SD) BMI 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	治療	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:実測日:(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]							
	その他	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] 発症半年以内に3回以上(新規症例は初発時も1回を含む)、あるいは概ね過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発:[なし・あり] 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):()									
臨床所見(申請時)	※直近の状況を記載										
身体所見	血圧:実測日:(年 月 日)										
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]							
	その他	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] 発症半年以内に3回以上、あるいは概ね過去1年以内に4回以上のネフローゼ症候群の再発:[なし・あり] 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(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:()	尿中蛋白量:()mg/dL	尿蛋白量/尿中クレアチニン:()	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)									
病理検査	腎生検:[未実施・実施]	実施日:(年 月 日)									
検査所見(その他)	検査所見(その他):()										

受給者の基本情報が記入されているかご確認ください。

新様式となっているかご確認ください。
※ 新様式は「新規」と「更新・転入」は、別になっています。
※ 旧様式での申請は受付できませんのでご注意ください。

各々の認定基準をご確認の上、必ずご記入ください。
※ 認定基準については、別添①を参照ください。

成長ホルモン治療を申請する場合は、腎機能低下「あり」が条件です。
※ 認定基準については、別添③を参照ください。

疾病の認定に関する項目です。
必ずご記入ください。
※ 認定基準については、別添②を参照ください。

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] 尿中蛋白量: ()mg/dL 尿中β ₂ ミクログロブリン: ()μg/L・未実施	赤血球数: ()個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比: ()	蛋白尿: [なし ・ あり]
血液検査	血清総蛋白: ()g/dL 血清クレアチニン: ()mg/dL 総コレステロール: ()mg/dL 抗核抗体: ()倍・未実施	血清アルブミン: ()g/dL 血清シスタチンC: ()mg/L・未実施 C3: ()mg/dL 抗dsDNA抗体: ()IU/mL・未実施	BUN: ()mg/dL
画像検査	超音波検査 (腎・尿路): [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: ()年 ()月 ()日	
病理検査	腎生検: [未実施 ・ 実施] 所見: ()	実施日: ()年 ()月 ()日	
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: ()		

疾病の認定及び重症患者認定に関する項目です。
必ずご記入ください。
※ 認定基準については、別添①、②をご参照ください。

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を認めない: [いいえ ・ はい]		
薬物療法	プレドニゾン: 投与量 (初発時): ()mg/kg ・ mg/m ² ・ 不明 投与法 (初発時): [常用法 ・ 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]	腎疾患に対するパブリズマブ投与: [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。			
必ずご記入ください。 ※ 認定期間中に20歳を迎える受給者については、誕生日の前日を終了日として記入してください。		必ずご記入ください。 ※ 成長ホルモン治療の認定基準については、別添③を参照ください。また、成長ホルモン治療「あり」の場合は、成長ホルモン治療用意見書も作成してください。	
小児慢性特定疾病 指定医番号 ()			

B () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書 (新規申請用)																													
病名 慢性腎疾患 <共通>																													
受給者番号		受診日		年 月		<p>成長ホルモン治療の認定に関する項目です。 必ずご記入ください。 ※ 認定基準については、別添③を参照ください。</p>																							
ふりがな 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 ・ 性別未決定																					
臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載																													
<table border="1"> <tr> <td>身体所見 (申請時) ※直近の状況を記載</td> <td>身長 (直近) : ()cm</td> <td>実施日 : ()年 ()月 ()日</td> <td>身長SD : ()SD</td> <td>年間身長増加率 : ()cm/年</td> </tr> <tr> <td></td> <td>体重 (直近) : ()kg</td> <td>実施日 : ()年 ()月 ()日</td> <td>体重SD : ()SD</td> <td></td> </tr> </table>										身体所見 (申請時) ※直近の状況を記載	身長 (直近) : ()cm	実施日 : ()年 ()月 ()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年		体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年 ()月 ()日	体重SD : ()SD											
身体所見 (申請時) ※直近の状況を記載	身長 (直近) : ()cm	実施日 : ()年 ()月 ()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年																									
	体重 (直近) : ()kg	実施日 : ()年 ()月 ()日	体重SD : ()SD																										
<table border="1"> <tr> <td>身体所見 (1年前)</td> <td>身長 (1年前) : ()cm</td> <td>実施日 : ()年 ()月 ()日</td> <td>身長SD : ()SD</td> <td>年間身長増加率 : ()cm/年</td> </tr> <tr> <td></td> <td>体重 (1年前) : ()kg</td> <td>実施日 : ()年 ()月 ()日</td> <td>体重SD : ()SD</td> <td></td> </tr> </table>										身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年 ()月 ()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年		体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年 ()月 ()日	体重SD : ()SD											
身体所見 (1年前)	身長 (1年前) : ()cm	実施日 : ()年 ()月 ()日	身長SD : ()SD	年間身長増加率 : ()cm/年																									
	体重 (1年前) : ()kg	実施日 : ()年 ()月 ()日	体重SD : ()SD																										
<table border="1"> <tr> <td>2年前</td> <td>身長 (2年前) : ()cm</td> <td>実施日 : ()年 ()月 ()日</td> <td>身長SD : ()SD</td> <td></td> </tr> </table>										2年前	身長 (2年前) : ()cm	実施日 : ()年 ()月 ()日	身長SD : ()SD																
2年前	身長 (2年前) : ()cm	実施日 : ()年 ()月 ()日	身長SD : ()SD																										
検査所見 (申請時) ※直近の状況を記載																													
<table border="1"> <tr> <td>血液検査</td> <td>血清クレアチニン : ()mg/dL</td> <td>実施日 : ()年 ()月 ()日</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>										血液検査	血清クレアチニン : ()mg/dL	実施日 : ()年 ()月 ()日																	
血液検査	血清クレアチニン : ()mg/dL	実施日 : ()年 ()月 ()日																											
<table border="1"> <tr> <td>骨年齢</td> <td>骨年齢 : [未実施 ・ 実施]</td> <td>実施日 : ()年 ()月 ()日</td> <td>骨年齢 : ()歳 ()か月</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>										骨年齢	骨年齢 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	骨年齢 : ()歳 ()か月								骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]								
骨年齢	骨年齢 : [未実施 ・ 実施]	実施日 : ()年 ()月 ()日	骨年齢 : ()歳 ()か月																										
	骨年齢評価法 : [日本人標準化TW2(RUS)法 ・ GP ・ その他]																												
経過 (申請時) ※直近の状況を記載																													
<table border="1"> <tr> <td>治療</td> <td>保存療法 : [未実施 ・ 実施]</td> <td colspan="8"></td> </tr> </table>										治療	保存療法 : [未実施 ・ 実施]																		
治療	保存療法 : [未実施 ・ 実施]																												
<table border="1"> <tr> <td>血液浄化</td> <td>腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]</td> <td>血液透析 (慢性透析)</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table>										血液浄化	腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]	血液透析 (慢性透析)																	
血液浄化	腹膜透析 (慢性透析) : [未実施 ・ 実施]	血液透析 (慢性透析)																											
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 ()																									

成長ホルモン治療の認定に関する項目です。
必ずご記入ください。
※ 認定基準については、別添③を参照ください。

成長ホルモン治療の認定に関する項目です。
必ずご記入ください。
※ 認定基準については、別添③を参照ください。

B () 年度 小児慢性特定疾病 成長ホルモン治療用意見書 (継続申請用)

病名	慢性腎疾患 <共通>			
受給者番号		受診日	年 月 日	
ふりがな 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

臨床所見 (申請時) ※直近の状況を記載

測定年月日	開始時 年 月 日	約1年前 年 月 日	約半年前 年 月 日	最近 年 月 日
身長	()SD cm	()SD cm	()SD cm	()SD cm
体重	()SD kg	()SD kg	()SD kg	()SD kg
治療開始前1年間の 年間身長増加率	cm/年			
血清クレアチニン (測定日)				mg/dL 年 月 日
骨年齢 (測定日)				歳 か月 年 月 日
二次性徴	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)	(なし ・ あり)
成長ホルモン投与量 (mg/kg/週)				
併用薬① (薬剤名、投与量)				
併用薬② (薬剤名、投与量)				
併用薬③ (薬剤名、投与量)				
併用薬④ (薬剤名、投与量)				
併用薬⑤ (薬剤名、投与量)				

成長ホルモン治療の継続認定に関する項目です。
必ずご記入ください。
※ 認定基準については、別添③を参照ください。

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	成長ホルモン治療：治療効果：[著効 ・ 有効 ・ 不変 ・ 判定不能]
有害事象	有害事象 (成長ホルモン治療と関連あり)：[なし ・ あり] 詳細：()
	有害事象 (成長ホルモン治療以外)：[なし ・ あり] 詳細：()

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	()

■ 人工呼吸器等装着者の基準

○厚生労働大臣が定める者(平成二十六年十二月十一日)(厚生労働省告示第四百六十二号)

児童福祉法施行令(昭和二十三年政令第七十四号)第二十二条の規定に基づき、厚生労働大臣が定める者を次のように定め、平成二十七年一月一日から適用する。

厚生労働大臣が定める者

一～二 略

三 令第二十二條第一項第六号の人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として厚生労働大臣が定めるものは、長期にわたり継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であって、日常生活動作が著しく制限されているものとする。

■ 重症患者認定基準

- ① すべての疾病に関して、次に掲げる症状の状態のうち、1つ以上がおおむね6か月以上継続する（小児慢性特定疾病に起因するものに限る）と認められる場合

対象部位	症状の状態
眼	眼の機能に著しい障害を有するもの（視力の良い方の眼の視力が0.03以下のもの又は視力の良い方の眼の視力が0.04かつ他方の眼の視力が手動弁以下のもの）
聴器	聴覚機能に著しい障害を有するもの（両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの）
上肢	両上肢の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の用を全く廃したもの）
	両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの（両上肢の全ての指を基部から欠いているもの又は両上肢の全ての指の機能を全く廃したもの）
	一上肢の機能に著しい障害を有するもの（一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの又は一上肢の用を全く廃したもの）
下肢	両下肢の機能に著しい障害を有するもの（両下肢の用を全く廃したもの）
	両下肢を足関節以上で欠くもの
体幹・脊柱	1歳以上の児童において、体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの（1歳以上の児童において、腰掛け、正座、あぐら若しくは横座りのいずれもができないもの又は、臥位若しくは座位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護若しくは補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの）
肢体の機能	身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が、この表の他の項（眼の項及び聴器の項を除く。）の症状の状態と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの（一上肢及び一下肢の用を全く廃したのもの又は四肢の機能に相当程度の障害を残すもの）

- ② ①に該当しない場合であって、次に掲げる治療状況等の状態にあると認められる場合

疾患群	治療状況等の状態
慢性腎疾患	血液透析又は腹膜透析（CAPD（持続携帯腹膜透析）を含む。）を行っているもの

■ 疾病の認定基準(疾病の状態の程度)

細分類	番号	疾病名	疾病の状態の程度
3	21	微小変化型ネフローゼ症候群	次のいずれかに該当する場合 ア 半年間で3回以上再発した場合又は1年間に4回以上再発した場合 イ 治療で免疫抑制薬又は生物学的製剤を用いる場合 ウ 腎移植を行った場合

【補足※】

1 「疾病の状態の程度」に掲げる薬物療法のいずれにも該当しない薬物療法を行っている場合であって、医療意見書を作成する医師が、「疾病の状態の程度」に掲げる薬物療法と同等の薬物療法であると判断する場合は、「疾病の状態の程度」に該当しているものとして医療費助成の対象として差し支えない。

2 「微小変化型ネフローゼ症候群」及び「20から24までに掲げるもののほか、ネフローゼ症候群」の「疾病の状態の程度」の「半年間で3回以上再発した場合又は1年間に4回以上再発した場合」とは、直近（申請時から遡っておおむね1年間）の半年以内に3回以上の再発を認めた場合又は1年以内に4回以上再発した場合を医療費助成の対象とする。ただし、その場合であっても、「半年間で3回以上再発した場合」は1回目及び2回目の再発、「1年間に4回以上再発した場合」は3回目までの再発の治療に要した費用は、医療費助成の対象としない。なお、新規発症例は発症時も回数に含める。

3 「微小変化型ネフローゼ症候群」には一部のステロイド抵抗性ネフローゼ症候群を含む。

※ 「児童福祉法第六条の二第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第二項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度(平成26年厚生労働省告示第475号)」についてから抜粋

■ 成長ホルモン治療認定基準

ヒト成長ホルモン治療を行う場合においては、この表に定める疾病の状態の程度であって次の基準を満たすものを対象とする。

I 開始基準

新たに治療を開始する場合は、次の要件を満たすこと。

- 慢性腎不全による低身長の場合現在の身長が別表第一に掲げる値以下であること。 ※1

※1 かつ腎機能の低下(おおむね3ヶ月以上、血清Crが年齢性別ごとの中央値の1.5倍以上が持続)がみられる場合
(別表第五参照)

II 継続基準

次のいずれかに該当すること。

- 腎機能低下、ターナー症候群、プラダー・ウィリ症候群、ヌーナン症候群、軟骨低形成症又は軟骨無形成症による低身長の場合 初年度は、年間成長速度が4.0cm/年以上又は治療中1年間の成長速度と治療前1年間の成長速度との差が1.0cm/年以上であること。治療2年目以降は、年間成長速度が2.0cm/年以上であること。治療3年目以降は、年間成長速度が1.0cm/年以上であること。

III 終了基準

男子にあつては身長156.4cm、女子にあつては身長145.4cmに達したこと。

【補足※2】

- 腎機能低下による低身長の患者に対し、成長ホルモン治療を行う場合は、慢性腎疾患の医療意見書のほか「成長ホルモン治療用意見書」が必要である。

※2 「児童福祉法第六条の二第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病及び同条第二項の規定に基づき当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が定める疾病の状態の程度(平成26年厚生労働省告示第475号)」についてから抜粋

<別表第五>

5.年齢・性別ごとの血清Cr中央値および腎機能低下基準値

年齢	中央値		腎機能低下基準値	
3-5ヶ月	0.20		0.30	
6-8ヶ月	0.22		0.33	
9-11ヶ月	0.22		0.33	
1歳	0.23		0.35	
2歳	0.24		0.36	
3歳	0.27		0.41	
4歳	0.30		0.45	
5歳	0.34		0.51	
6歳	0.34		0.51	
7歳	0.37		0.56	
8歳	0.40		0.60	
9歳	0.41		0.62	
10歳	0.41		0.62	
11歳	0.45		0.68	
年齢/性別	男子		女子	
	中央値	腎機能低下基準値	中央値	腎機能低下基準値
12歳	0.53	0.80	0.52	0.78
13歳	0.59	0.89	0.53	0.80
14歳	0.65	0.98	0.58	0.87
15歳	0.68	1.02	0.56	0.87
16歳	0.73	1.10	0.59	0.89
17歳以上	0.83	1.24	0.63	0.95