

222 一次性ネフローゼ症候群

■ 行政記載欄

受給者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	判定結果	<input type="checkbox"/> 認定	<input type="checkbox"/> 不認定
-------	---	------	-----------------------------	------------------------------

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
住所								
生年月日	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月	<input type="text"/> <input type="text"/>	日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	<input type="checkbox"/> 1. 男 <input type="checkbox"/> 2. 女							
出生市区町村								
出生時氏名 (変更のある場合)	姓 (かな)				名 (かな)			
	姓 (漢字)				名 (漢字)			
家族歴	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明							
	発症者続柄							
	<input type="checkbox"/> 1. 父 <input type="checkbox"/> 2. 母 <input type="checkbox"/> 3. 子 <input type="checkbox"/> 4. 同胞 (男性)							
	<input type="checkbox"/> 5. 同胞 (女性) <input type="checkbox"/> 6. 祖父 (父方) <input type="checkbox"/> 7. 祖母 (父方)							
<input type="checkbox"/> 8. 祖父 (母方) <input type="checkbox"/> 9. 祖母 (母方) <input type="checkbox"/> 10. いとこ								
<input type="checkbox"/> 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入								
	続柄							
発症年月	西暦	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	年	<input type="text"/> <input type="text"/>	月			

社会保障	
介護認定	<input type="checkbox"/> 1. 要介護 <input type="checkbox"/> 2. 要支援 <input type="checkbox"/> 3. なし
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
生活状況	
移動の程度	<input type="checkbox"/> 1. 歩き回るのに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 寝たきりである
身の回りの管理	<input type="checkbox"/> 1. 洗面や着替えに問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 自分でできない
ふだんの活動	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. いくらか問題がある <input type="checkbox"/> 3. 行うことができない
痛み／不快感	<input type="checkbox"/> 1. ない <input type="checkbox"/> 2. 中程度ある <input type="checkbox"/> 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	<input type="checkbox"/> 1. 問題はない <input type="checkbox"/> 2. 中程度 <input type="checkbox"/> 3. ひどく不安あるいはふさぎ込んでいる

■ 診断基準に関する事項

病型診断	<input type="checkbox"/> 微小変化型ネフローゼ症候群 <input type="checkbox"/> 膜性腎症 <input type="checkbox"/> 巣状分節性糸球体硬化症
	<input type="checkbox"/> 半月体形成性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> 管内増殖性糸球体腎炎 <input type="checkbox"/> 不明・分類不能
	<input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入

注) 膜性増殖性糸球体腎炎 (I 型、III 型) に関しては「223 一次性膜性増殖性糸球体腎炎」で申請すること

A. 成人における主要所見 (診断時)

検査年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
血清アルブミン値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL 1 日蛋白量 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日
尿蛋白 g/gCr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/gCr

B. 小児における主要所見（診断時）

検査年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
血清アルブミン値	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
夜間蓄尿	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/hr/m ²
早朝尿蛋白 g/gCr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/gCr

C. 鑑別診断

以下項目を鑑別し、全て除外できる。 除外できた項目には <input checked="" type="checkbox"/> を記入する。	<input type="checkbox"/> 1. 全て除外可 <input type="checkbox"/> 2. 除外不可 <input type="checkbox"/> 3. 不明
自己免疫性疾患	<input type="checkbox"/> ループス腎炎 <input type="checkbox"/> IgA 血管炎 <input type="checkbox"/> その他の血管炎
代謝性疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症
パラプロテイン血症	<input type="checkbox"/> アミロイドーシス <input type="checkbox"/> クリオグロブリン <input type="checkbox"/> 重鎖沈着症 <input type="checkbox"/> 軽鎖沈着症
感染症	<input type="checkbox"/> 溶連菌・ブドウ球菌感染症 <input type="checkbox"/> B型・C型肝炎 <input type="checkbox"/> ヒト免疫不全ウイルス (HIV) <input type="checkbox"/> パルボウイルス B19 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 寄生虫 (マラリア、シストゾミア)
腫瘍	<input type="checkbox"/> 固形癌 <input type="checkbox"/> 多発性骨髄腫 <input type="checkbox"/> 悪性リンパ腫 <input type="checkbox"/> 白血病
薬剤	<input type="checkbox"/> ブシラミン <input type="checkbox"/> D-ペニシラミン <input type="checkbox"/> 金製剤
遺伝性疾患	<input type="checkbox"/> アルポート症候群 <input type="checkbox"/> ファブリー病 <input type="checkbox"/> ネイルパテラ症候群 (爪膝蓋骨症候群)
その他	<input type="checkbox"/> 妊娠高血圧腎症 <input type="checkbox"/> 放射線腎症 <input type="checkbox"/> 移植腎における拒絶反応

<診断のカテゴリー>

ネフローゼの診断基準 (低アルブミン血症、高度蛋白尿) を満たし、明らかな原因疾患がない	<input type="checkbox"/> 1. 該当 <input type="checkbox"/> 2. 非該当
低アルブミン血症	<input type="checkbox"/> 成人の場合、血清アルブミン値 3.0g/dL 以下 <input type="checkbox"/> 小児の場合、血清アルブミン値 2.5g/dL 以下
高度蛋白尿	<input type="checkbox"/> 成人の場合、蛋白尿 3.5g/日以上 (随時尿において尿蛋白/尿クレアチニン比が 3.5g/gCr 以上の場合もこれに準ずる) <input type="checkbox"/> 小児の場合、夜間蓄尿で 40mg/hr/m ² 以上または早朝尿で尿蛋白クレアチニン比 2.0g/gCr 以上

症状の概要、経過、特記すべき事項など *250文字以内かつ7行以内

--

■ 臨床所見

過去1年間、 感染症による入院	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
大腿骨頭壊死	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
再発の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり	<input type="checkbox"/> 2. なし	<input type="checkbox"/> 3. 不明
	ありの場合、最終再発診断年月日		
	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		

■ 検査所見 *小数点も1文字として記入する

腎生検		<input type="checkbox"/> 1. 実施	<input type="checkbox"/> 2. 未実施	<input type="checkbox"/> 3. 不明		
	実施年月	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月				
	実施場所	<input type="checkbox"/> 1. 自施設			<input type="checkbox"/> 2. 他施設	<input type="checkbox"/> 3. 不明
		*2を選択の場合、以下に記入				
所見						
尿検査 (過去6か月以内)	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日				
	尿蛋白	<input type="checkbox"/> 1. -	<input type="checkbox"/> 2. ±	<input type="checkbox"/> 3. +	<input type="checkbox"/> 4. 2+	<input type="checkbox"/> 5. 3+以上
	尿潜血	<input type="checkbox"/> 1. -	<input type="checkbox"/> 2. ±	<input type="checkbox"/> 3. +	<input type="checkbox"/> 4. 2+	<input type="checkbox"/> 5. 3+以上
	1日蛋白量	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/日				
	尿蛋白 g/gCr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/gCr				

血液検査 (過去6か月以内)	検査年月日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	総蛋白	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
	アルブミン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g/dL
	クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL
	eGFR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/分/1.73m ²

■ 治療その他

使用中のステロイド・ 免疫抑制薬と投与量 (過去6か月間の 最高用量)	<input type="checkbox"/> 1. 実施 <input type="checkbox"/> 2. 未実施 <input type="checkbox"/> 3. 不明	
	<input type="checkbox"/> ステロイド内服	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	<input type="checkbox"/> ステロイドパルス	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	<input type="checkbox"/> シクロスポリン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	<input type="checkbox"/> ミゾリビン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	<input type="checkbox"/> シクロフォスファミド内服	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	<input type="checkbox"/> シクロフォスファミド静注	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/月
	<input type="checkbox"/> リツキササン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/月
	<input type="checkbox"/> ミコフェノール酸モフェチル	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	<input type="checkbox"/> タクロリムス	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日
	<input type="checkbox"/> その他	薬剤名
用量		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/日

これまでに使用した ステロイド・ 免疫抑制薬の種類	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし <input type="checkbox"/> 3. 不明		
	<input type="checkbox"/> ステロイド内服 <input type="checkbox"/> ステロイドパルス <input type="checkbox"/> シクロスポリン <input type="checkbox"/> ミゾリビン <input type="checkbox"/> シクロフォスファミド内服 <input type="checkbox"/> シクロフォスファミド静注 <input type="checkbox"/> リツキササン <input type="checkbox"/> ミコフェノール酸モフェチル <input type="checkbox"/> タクロリムス <input type="checkbox"/> その他 *その他を選択の場合、以下に記入		
	薬剤名		

■ 重症度分類に関する事項

<input type="checkbox"/> 小児（18歳未満）で以下の1～3のいずれかに該当する <input type="checkbox"/> 1. 半年間で3回以上再発した場合または1年間に4回以上再発した場合 <input type="checkbox"/> 2. 治療で免疫抑制薬または生物学的製剤を用いる場合 <input type="checkbox"/> 3. 腎移植を行った場合
<input type="checkbox"/> 成人で以下の1～4のいずれかに該当する <input type="checkbox"/> 1. ネフローゼ症候群の診断後、免疫抑制治療（ステロイド治療を含む）を行っても一度も完全寛解に至らない患者 <input type="checkbox"/> 2. ステロイド依存性（ステロイドを減量あるいは中止後再発を2回以上繰り返すため、ステロイドを中止できない場合）あるいは 頻回再発型（6か月間に2回以上再発する場合）の患者 <input type="checkbox"/> 3. CKD 重症度分類ヒートマップが赤色の部分の患者 <input type="checkbox"/> 4. 蛋白尿 0.5g/gCr 以上の場合
<input type="checkbox"/> いずれにも該当しない

(参考) 再発は完全寛解（尿蛋白<0.3g/日または/gCr）から、尿蛋白1g/日（1g/gCr）以上、または（2+）以上の尿蛋白が2～3回持続する場合とする。

CKD 重症度分類ヒートマップ

CKD 重症度分類ヒートマップ	<input type="checkbox"/> 緑 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> 赤
①GFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	<input type="checkbox"/> G1 (正常または高値: ≥90) <input type="checkbox"/> G2 (正常または軽度低下: 60~89) <input type="checkbox"/> G3a (軽度~中等度低下: 45~59) <input type="checkbox"/> G3b (中等度~高度低下: 30~44) <input type="checkbox"/> G4 (高度低下: 15~29) <input type="checkbox"/> G5 (末期腎不全 (ESKD): <15)
②蛋白尿区分 尿蛋白定量 (g/日) あるいは 尿蛋白/Cr 比 (g/gCr)	<input type="checkbox"/> A1 (正常 0.15 未満) <input type="checkbox"/> A2 (軽度蛋白尿 0.15~0.49) <input type="checkbox"/> A3 (高度蛋白尿 0.50 以上)

■ 人工呼吸器に関する事項 (使用者のみ記入)

使用の有無	<input type="checkbox"/> 1. あり
開始時期	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
離脱の見込み	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし
種類	<input type="checkbox"/> 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	<input type="checkbox"/> 1. 間欠的施行 <input type="checkbox"/> 2. 夜間に継続的に施行 <input type="checkbox"/> 3. 一日中施行 <input type="checkbox"/> 4. 現在は未施行

生活状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	車椅子とベッド間の移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	トイレ動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助/不可能	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 軽度介助	<input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	階段昇降	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 不能
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 全介助

医療機関名												
指定医番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
医療機関所在地												
電話番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	*ハイフンを除き、左詰めで記入
医師の氏名	印 ※自筆または押印のこと											
記載年月日	西暦	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日

- ・病名診断に用いる臨床症状、検査所見等に関して、診断基準上に特段の規定がない場合には、いずれの時期のものを用いても差し支えありません。（ただし、当該疾病の経過を示す臨床症状等であって、確認可能なものに限ります。）
- ・治療開始後における重症度分類については、適切な医学的管理の下で治療が行われている状態で、直近6か月間で最も悪い状態を記載してください。
- ・診断基準、重症度分類については、
「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」（平成26年11月12日健発1112第1号健康局長通知）を参照の上、ご記入ください。
- ・審査のため、検査結果等について別途提出をお願いすることがあります。