

222 一次性ネフローゼ症候群

■ 患者情報

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	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
氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
以前の登録氏名	セイ		メイ	
	姓		名	
住所	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"/>		
	都道府県			
	市区町村			
	丁目番地等			
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		
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性			
出生地	都道府県			
	市区町村			

■ 基本情報

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						
発症時期	西暦	<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						
手帳取得状況							
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級）						
療育手帳	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり						
精神障害者 保健福祉手帳 （障害者手帳）	<input type="checkbox"/> 1. なし <input type="checkbox"/> 2. あり（等級 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）						
人工呼吸器等装着者認定基準に該当							
<input type="checkbox"/> 1. する <input type="checkbox"/> 2. しない <input type="checkbox"/> 3. 不明							

■ 診断基準に関する事項

<診断のカテゴリー>

成人の場合： Aの1及び2を同時に満たし、Cを除外したもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当
小児の場合： Bの1及び2を同時に満たし、Cを除外したもの	<input type="checkbox"/> 1. 該当	<input type="checkbox"/> 2. 非該当

A. 成人における主要所見 *小数点も1文字として記入し、以降の数値ボックスについては全て同様に記載する

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
1. 以下のaとbのいずれかを満たす		<input type="checkbox"/> 1. 該当			<input type="checkbox"/> 2. 非該当			<input type="checkbox"/> 3. 不明	
<input type="checkbox"/> a. 蛋白尿：3.5g/日以上 <input type="checkbox"/> b. 随時尿において尿蛋白/尿クレアチニン比が3.5g/gCr以上									
2. 低アルブミン血症：血清アルブミン値3.0g/dL以下		<input type="checkbox"/> 1. 該当			<input type="checkbox"/> 2. 非該当			<input type="checkbox"/> 3. 不明	
蛋白尿（1日尿蛋白量）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/日			
蛋白尿（g/gCr、随時尿）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/gCr			
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			

B. 小児における主要所見

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
1. 以下のaとbのいずれかを満たす		<input type="checkbox"/> 1. 該当			<input type="checkbox"/> 2. 非該当			<input type="checkbox"/> 3. 不明	
<input type="checkbox"/> a. 高度蛋白尿（夜間蓄尿で40mg/hr/m ² 以上） <input type="checkbox"/> b. 早朝尿で尿蛋白クレアチニン比2.0g/gCr以上									
2. 低アルブミン血症（血清アルブミン2.5g/dL以下）		<input type="checkbox"/> 1. 該当			<input type="checkbox"/> 2. 非該当			<input type="checkbox"/> 3. 不明	
蛋白尿（夜間蓄尿）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	mg/hr/m ²			
蛋白尿（早朝尿蛋白g/gCr）	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/gCr			
血清アルブミン	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL			

C. 鑑別診断

二次性ネフローゼ症候群（下記疾患に起因するネフローゼ症候群）の除外	
以下項目を鑑別し、全て除外できる。 除外できた項目には☑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）
アレルギー・過敏性疾患	<input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 蜂毒 <input type="checkbox"/> ブユ刺虫症 <input type="checkbox"/> ヘビ毒 <input type="checkbox"/> 予防接種
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 <input type="checkbox"/> 非ステロイド性消炎鎮痛薬
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 <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）

■ 重症度分類に関する事項

<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、一度も完全寛解に至らない場合 <input type="checkbox"/> 2. ステロイド依存性あるいは頻回再発型を呈する場合 <input type="checkbox"/> 3. CKD 重症度分類ヒートマップが赤色の部分の場合 <input type="checkbox"/> 4. 蛋白尿 0.5g/gCr 以上の場合
<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"/> いずれにも該当しない

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)

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
eGFR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mL/分/1.73m ²

■ 症状の概要、経過、特記すべき事項など *500文字以内

■ その他の事項

病型診断 (新規)

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

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
	*1. 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

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
	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
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"/> g/dL
	クレアチニン	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mg/dL

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fos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fos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"/> リツキサソ	<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fosファミド内服	
	<input type="checkbox"/> シクロfosファミド静注 <input type="checkbox"/> リツキサソ	
	<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		

■ 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												
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
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

- ・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です。)
- ・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。
- ・診断年月日欄には、本臨床調査個人票に記載された内容を診断した日を記載してください。
- ・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。

■ 行政記載欄

担当自治体												
受理日	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
公費負担者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
認定結果	<input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 不認定											
研究同意の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
受給者番号	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
有効期限	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
階層区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅰ <input type="checkbox"/> 一般所得Ⅱ <input type="checkbox"/> 上位所得 <input type="checkbox"/> その他											
軽症者登録	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無											
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	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"/>