

222 一次性ネフローゼ症候群

■ 行政記載欄

受給者番号		判定結果	☐ 認定 ☐ 不認定
-------	---	------	--

■ 基本情報

姓 (かな)				名 (かな)				
姓 (漢字)				名 (漢字)				
郵便番号								
住所								
生年月日	西暦		年		月		日	*以降、数字は右詰めで記入
性別	☐ 1. 男 ☐ 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	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明							
	発症者続柄							
	☐ 1. 父 ☐ 2. 母 ☐ 3. 子 ☐ 4. 同胞 (男性)							
	☐ 5. 同胞 (女性) ☐ 6. 祖父 (父方) ☐ 7. 祖母 (父方)							
	☐ 8. 祖父 (母方) ☐ 9. 祖母 (母方) ☐ 10. いとこ							
	☐ 11. その他 *11 を選択の場合、以下に記入							
	続柄							
発症年月	西暦		年		月			

社会保障	
介護認定	☐ 1. 要介護 ☐ 2. 要支援 ☐ 3. なし
要介護度	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
生活状況	
移動の程度	☐ 1. 歩き回るのに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 寝たきりである
身の回りの管理	☐ 1. 洗面や着替えに問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 自分でできない
ふだんの活動	☐ 1. 問題はない ☐ 2. いくらか問題がある ☐ 3. 行うことができない
痛み／不快感	☐ 1. ない ☐ 2. 中程度ある ☐ 3. ひどい
不安／ふさぎ込み	☐ 1. 問題はない ☐ 2. 中程度 ☐ 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	☐ 微小変化型ネフローゼ症候群 ☐ 膜性腎症 ☐ 巣状分節性糸球体硬化症 ☐ 半月体形成性糸球体腎炎 ☐ 管内増殖性糸球体腎炎 ☐ 不明・分類不能 ☐ 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 年 月
血清アルブミン値	g/dL 1 日蛋白量 g/日
尿蛋白 g/gCr	g/gCr

B. 小児における主要所見（診断時）

検査年月	西暦 年 月
血清アルブミン値	g/dL
夜間蓄尿	mg/hr/m ²
早朝尿蛋白 g/gCr	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☑を記入する。	☐ 1. 全て除外可 ☐ 2. 除外不可 ☐ 3. 不明
自己免疫性疾患	☐ ループス腎炎 ☐ IgA 血管炎 ☐ その他の血管炎
代謝性疾患	☐ 糖尿病性腎症
パラプロテイン血症	☐ アミロイドーシス ☐ クリオグロブリン ☐ 重鎖沈着症 ☐ 軽鎖沈着症
感染症	☐ 溶連菌・ブドウ球菌感染症 ☐ B 型・C 型肝炎 ☐ ヒト免疫不全ウイルス（HIV） ☐ パルボウイルス B19 ☐ 梅毒 ☐ 寄生虫（マラリア、シストゾミア）
腫瘍	☐ 固形癌 ☐ 多発性骨髄腫 ☐ 悪性リンパ腫 ☐ 白血病
薬剤	☐ ブシラミン ☐ D-ペニシラミン ☐ 金製剤
遺伝性疾患	☐ アルポート症候群 ☐ ファブリー病 ☐ ネイルパテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）
その他	☐ 妊娠高血圧腎症 ☐ 放射線腎症 ☐ 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	☐ 1. 該当 ☐ 2. 非該当
低アルブミン血症	☐ 成人の場合、血清アルブミン値 3.0g/dL 以下 ☐ 小児の場合、血清アルブミン値 2.5g/dL 以下
高度蛋白尿	☐ 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） ☐ 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	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
大腿骨頭壊死	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
再発の有無	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明
	ありの場合、最終再発診断年月日
	西暦 年 月 日

■ 検査所見 *小数点も 1 文字として記入する

腎生検	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施 ☐ 3. 不明	
	実施年月	西暦 年 月
	実施場所	☐ 1. 自施設 ☐ 2. 他施設 ☐ 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 年 月 日
	尿蛋白	☐ 1. - ☐ 2. ± ☐ 3. + ☐ 4. 2+ ☐ 5. 3+以上
	尿潜血	☐ 1. - ☐ 2. ± ☐ 3. + ☐ 4. 2+ ☐ 5. 3+以上
	1 日蛋白量	g/日
	尿蛋白 g/gCr	g/gCr

血液検査 (過去6か月以内)	検査年月日	西暦 年 月 日
	総蛋白	g/dL
	アルブミン	g/dL
	クレアチニン	mg/dL
	eGFR	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)	☐ 1. 実施 ☐ 2. 未実施 ☐ 3. 不明				
	☐ ステロイド内服	mg/日			
	☐ ステロイドパルス	mg/日			
	☐ シクロスポリン	mg/日			
	☐ ミゾリビン	mg/日			
	☐ シクロフォスファミド内服	mg/日			
	☐ シクロフォスファミド静注	mg/月			
	☐ リツキササン	mg/月			
	☐ ミコフェノール酸モフェチル	mg/日			
	☐ タクロリムス	mg/日			
	☐ その他	薬剤名			
用量		mg/日			

これまでに使用した ステロイド・ 免疫抑制薬の種類	☐ 1. あり ☐ 2. なし ☐ 3. 不明	
	☐ ステロイド内服 ☐ ステロイドパルス ☐ シクロスポリン ☐ ミゾリビン ☐ シクロフォスファミド内服 ☐ シクロフォスファミド静注 ☐ リツキサン ☐ ミコフェノール酸モフェチル ☐ タクロリムス ☐ 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

☐ 小児（18歳未満）で以下の1～3のいずれかに該当する ☐ 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 ☐ 2. 治療で免疫抑制薬または生物学的製剤を用いる場合 ☐ 3. 腎移植を行った場合
☐ 成人で以下の1～4のいずれかに該当する ☐ 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 ☐ 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 ☐ 3. CKD 重症度分類ヒートマップが赤色の部分の患者 ☐ 4. 蛋白尿 0.5g/gCr 以上の場合
☐ 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	☐ 緑 ☐ 黄 ☐ オレンジ ☐ 赤
①GFR 区分 (mL/分/1.73 m ²)	☐ G1 (正常または高値 : ≥ 90) ☐ G2 (正常または軽度低下 : 60~89) ☐ G3a (軽度~中等度低下 : 45~59) ☐ G3b (中等度~高度低下 : 30~44) ☐ G4 (高度低下 : 15~29) ☐ 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)	☐ A1 (正常 0.15 未満) ☐ A2 (軽度蛋白尿 0.15~0.49) ☐ 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	☐ 1. あり
開始時期	西暦 年 月
離脱の見込み	☐ 1. あり ☐ 2. なし
種類	☐ 1. 気管切開孔を介した人工呼吸器 ☐ 2. 鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器
施行状況	☐ 1. 間欠的施行 ☐ 2. 夜間に継続的に施行 ☐ 3. 一日中施行 ☐ 4. 現在は未施行

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

医療機関名												
指定医番号												
医療機関所在地												
電話番号												
	*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					年			月			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。