

病名	31 ギッテルマン (Gitelman) 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 氏名 (Alphabet)						(変更があった場合) ふりがな 以前の登録氏名 (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		
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)	cm (SD)		体重 (測定日)	kg (SD)		BMI		
		年 月 日			年 月 日		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 (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：実施日：(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]		腎石灰化：[なし ・ あり]	
	その他	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：実施日：(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]		腎石灰化：[なし ・ あり]	
	その他	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：() 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	尿中カルシウム / 尿中クレアチニン比：・未実施		尿 pH：()		アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施]				
	尿糖：[なし ・ あり]		尿比重：()						
	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		血清尿酸：() mg/dL				
	血清Na：() mEq/L		血清K：() mEq/L		血清Cl：() mEq/L				
血液ガス分析	血清Ca：() mg/dL		血清P：() mg/dL		血清Mg：() mg/dL				
	血漿レニン活性 (PRA)：() ng/mL/hr ・ 未実施		血漿アルドステロン：() pg/mL ・ 未実施						
	pH：() ・ 未実施		HCO ₃ ⁻ ：() ・ 未実施		BE：() ・ 未実施		anion gap：() ・ 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)				
	腎石灰化：[なし ・ あり]				所見 (その他)：()				
病理検査	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				
	腎石灰化：[なし ・ あり]				所見 (その他)：()				
病理検査	腎生検：[未実施 ・ 実施]				実施日：(年 月 日)				
遺伝学的検査	遺伝子検査：[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)：()								

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 尿中カルシウム/尿中クレアチニン比：・未実施 尿糖：[なし ・ あり]	赤血球数：() 個/視野 尿蛋白量/尿中クレアチニン比：() 尿pH：() 尿比重：()	蛋白尿：[なし ・ あり] 尿中β ₂ ミクログロブリン：()μg/L・未実施 アミノ酸尿：[なし ・ あり ・ 未実施]
-----	------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

血液検査	血清総蛋白：()g/dL 血清クレアチニン：()mg/dL 血清Na：()mEq/L 血清Ca：()mg/dL 血漿レニン活性 (PRA)：()ng/mL/hr・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 血清K：()mEq/L 血清P：()mg/dL 血漿アルドステロン：()pg/mL・未実施	BUN：()mg/dL 血清尿酸：()mg/dL 血清Cl：()mEq/L 血清Mg：()mg/dL
------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

血液ガス分析	pH：()・未実施 HCO ₃ ⁻ ：()・未実施 BE：()・未実施 anion gap：()・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) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()
	画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：() 年 () 月 () 日) 腎石灰化：[なし ・ あり] 所見 (その他)：()

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：()
--------	------------------------------------------------------

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：()
-----	------------------------------------

既往歴	胎児期の超音波診断による異常：[なし ・ あり ・ 不明] 胎児期の羊水異常：[なし ・ 羊水過多 ・ 羊水過少]
-----	------------------------------------------------------------------

経過 (申請時) ※直近の状況を記載

薬物療法	降圧薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()
------	-----------------------------------------------

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 () 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。			
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 ()		