

病名	32 バーター (Bartter) 症候群					受付種別	<input type="checkbox"/> 継続 転出実施主体名 <input type="checkbox"/> 転入 → ( )				
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		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 (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 (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 ] 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 <sub>2</sub> ミクログロブリン:( )μg/L・未実施 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 血清尿酸:( )mg/dL 血清Na:( )mEq/L 血清K:( )mEq/L 血清Cl:( )mEq/L 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										
血液ガス分析	pH:( )・未実施 HCO <sub>3</sub> :( )・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 ( )