

告示番号		30		慢性腎疾患		( )		年度		小児慢性特定疾病 医療意見書〈継続申請用〉		1/2	
病名		34 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 → ( )			
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 年 月 日											
氏名		(セイメイ) (姓)				以前の登録氏名 (変更のある場合)		(セイメイ) (姓)					
住所		郵便番号 ( ) 都道府県 ( ) 市区町村 ( ) 丁目番地等 ( )											
生年月日		年 月 日						性別		男性 ・ 女性 ・ 性別未決定			
出生地		都道府県 ( ) 市区町村 ( )											
出生体重		g		出生週数		在胎 週 日							
発症時期		年 月 頃		記載時の年齢		満 歳 か月 日							
現在の 身長・体重		身長 (測定日)		cm ( SD) 年 月 日		体重 (測定日)		kg ( SD) 年 月 日		BMI			
										肥満度		%	
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													
最終受診日		( 年 月 日 )											
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 HCO3 <sup>-</sup> ：( )・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 ]											

