

病名	27 常染色体優性尿管間質性腎疾患										受付種別		☐ 継続 ☐ 転入		転出実施主体名 →（ ）					
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) (姓名)					以前の登録氏名 (変更のある場合)			(セイメイ) (姓名)										
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)				体重 (測定日)		kg (SD)				BMI							
			年 月 日						年 月 日				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]				尿糖：[なし ・ あり]				腎機能低下：[なし ・ あり]			夜尿：[なし ・ あり]		尿失禁：[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 白血球尿：[なし ・ あり] 白血球数：()個／視野 尿糖 (定性)：[陰性 ・ 1+以上] 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		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Mg：()mg/dL			
画像検査		超音波検査 (腎・尿路)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日)																		
		右長径：()cm 左長径：()cm 所見：()																		
		画像検査 (腎尿路：超音波以外)：[未実施 ・ 実施] 実施日：(年 月 日) 所見：()																		
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：()																		
鑑別診断		ネフロン癆の診断基準：[満たさない ・ 満たす]																		
経過 (申請時) ※直近の状況を記載																				
薬物療法		尿酸降下薬：[なし ・ あり] 薬物療法：[なし ・ あり] 使用薬剤名：()																		

