

931 慢性腎不全臨床調査個人票 ( 新規 更新 )

ふりがな	かがわ	いちろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和
氏名	香川	一郎			○年○月○日	満○歳
住所	〒 7 6 0 - 8 5 7 0	TEL	087-0000-0000			
発症年月	R6年4月	初診年月日	R6年4月1日	診断年月日	R6年4月10日	
身体障害者 手帳	<input type="checkbox"/> あり(等級 級) <input checked="" type="checkbox"/> なし		介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護(要介護 )		<input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> なし
生活状況 (最近1年)	社会活動 <input checked="" type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> 家事労働 <input type="checkbox"/> 在宅療養 <input type="checkbox"/> 入院 日常生活 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不自由であるが独力で可能 <input type="checkbox"/> 制限					
受診状況 (最近1年)	<input type="checkbox"/> 主に入院 <input type="checkbox"/> 入院と通院半々 <input checked="" type="checkbox"/> 主に通院(1/月) <input type="checkbox"/> 往診あり <input type="checkbox"/> 入通院なし <input type="checkbox"/> その他( )					
発症よりの 経過	H30年より高血圧、糖尿病にて当院通院中。徐々に腎機能低下を来し、浮腫を認めている。					
初診時の 主要症状	浮腫					
検査所見				原疾病		
尿蛋白定性	- ± ⊕	血清総蛋白量	6.6 g/dl	糖尿病性腎症	- ⊕	
尿蛋白定量	0.9 g/gCr	血清尿素窒素	39.3 mg/dl	慢性腎炎	⊖ +	
尿潜血反応	⊖ ± +	血清クレアチニン	3.87 mg/dl	腎硬化症	⊖ +	
尿沈渣 赤血球	5-9 個/視野	eGFR	13.3 ml/min/1.73 m <sup>2</sup>	ループス腎炎	⊖ +	
白血球	個/視野	(血清Cr値をもとにした推算糸球体濾過量)		悪性高血圧	⊖ +	
円柱	個/視野	(R6年4月10日実施)		腎・尿路腫瘍	⊖ +	
	(R6年4月10日実施)			その他	⊖ +	
				※原疾病が裏面に記載の 国指定難病の場合は、 国の臨床調査個人票を 使用して下さい。		
腎生検診断	<input type="checkbox"/> 実施( 年 月 日) <input checked="" type="checkbox"/> 未実施	<腎病理所見>				
治療研究の 具体的指針	集学的治療を行い、末期腎不全への進展を阻止する。					
治療研究			その他の参考所見			
HIF-PH 阻害薬, SGLT-2 阻害薬など						
医師意見	今後も集学的治療を要する。					
所属施設名	〇〇病院					(TEL 087 (0000) 0000)
所在地	〇〇市〇〇町12-345					
診療科	内科		主治医氏名		〇〇〇〇	
(指定医番号)	3	7	S	1	9	1 2 3 4 5
	記載年月日:					R6年4月30日

本臨床調査個人票に記載した内容を  
診断した日を記載してください。

- (注) ・医師意見(診断の根拠と治療計画の概要等)は必ず記入してください。  
 ・人工透析・腎移植・移植後の免疫療法等で他法適用となった場合は、対象外となります。(裏面参考)  
 ・診断年月日欄には、認定基準を満たしたと診断した日を記載してください。