

腎臓機能障害診断書

氏名		性別	男 ・ 女	生年月日	年 月 日	(歳)												
障害名																		
原因となった 疾病・外傷名等	分類： <table border="0"> <tr> <td>・感染症</td> <td>・中毒性疾患</td> <td>・その他の疾病</td> <td>・出生時の損傷</td> </tr> <tr> <td>・交通事故</td> <td>・労働災害</td> <td>・スポーツ事故</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・先天性</td> <td>・その他 ()</td> <td></td> <td>・不明</td> </tr> </table>						・感染症	・中毒性疾患	・その他の疾病	・出生時の損傷	・交通事故	・労働災害	・スポーツ事故		・先天性	・その他 ()		・不明
・感染症	・中毒性疾患	・その他の疾病	・出生時の損傷															
・交通事故	・労働災害	・スポーツ事故																
・先天性	・その他 ()		・不明															
発症・発生時期	年 月 日 (頃)																	
障害の経過	病歴																	
	現症・合併症の状況																	
透析療法の有無	・あり (HD・PD) ・なし	内服薬、外用薬等の使用状況																
主な理学的所見及び検査結果			(検査日： 年 月 日)															
身長	cm		体重	kg														
脈拍	/min (整・不整)	血圧	/mmHg	浮腫	あり・なし													
尿検査	蛋白：(), 糖：(), 潜血：(), 沈渣：()																	
血液検査値	白血球数：_____/ μ l, 赤血球数：_____ $\times 10^4$ / μ l, 血色素： 血小板数：_____ $\times 10^4$ / μ l, Ht：_____%																	
腎機能検査値	TP：____g/dl, Alb：____g/dl, BUN：____mg/dl, Cr：____mg/dl, UA：____mg/dl, Na：____mEq/l, K：____mEq/l, Cl：____mEq/l, Ca：____mg/dl, P：____mg/dl クレアチニンクリアランス値：____ml/min ・ (測定不能) 24時間尿量：____ml/day																	
	血液透析後の検査値 BUN：____mg/dl, Cr：____mg/dl, UA：____mg/dl Na：____mEq/l, K：____mEq/l, Cl：____mEq/l																	
	胸部レントゲン所見 (心胸郭比 %)																	
心電図所見 (コピーを添付のこと)																		
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 (〒) 住 所 (TEL： - -) (FAX： - -) 医師氏名 印																		