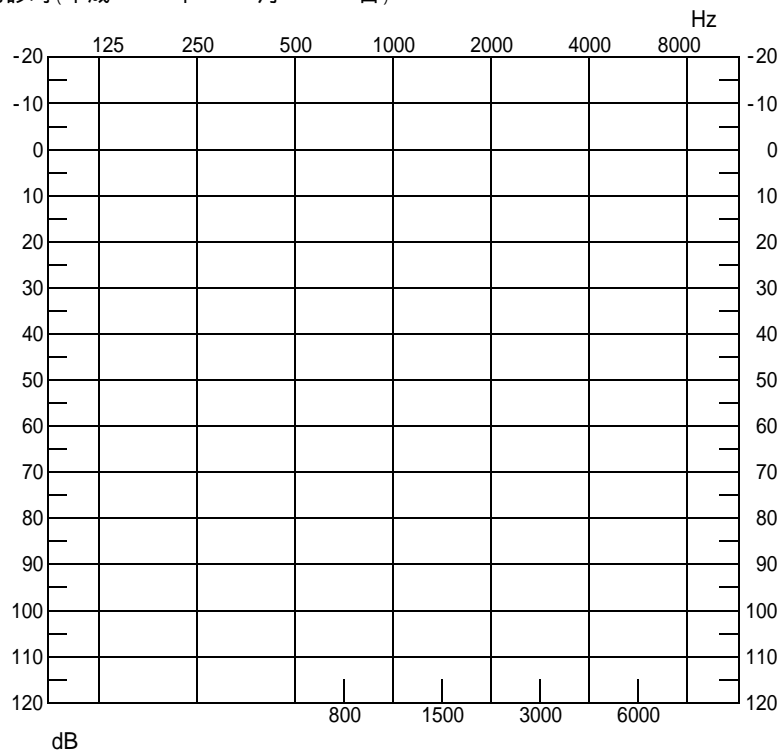


## 特定疾患診断書

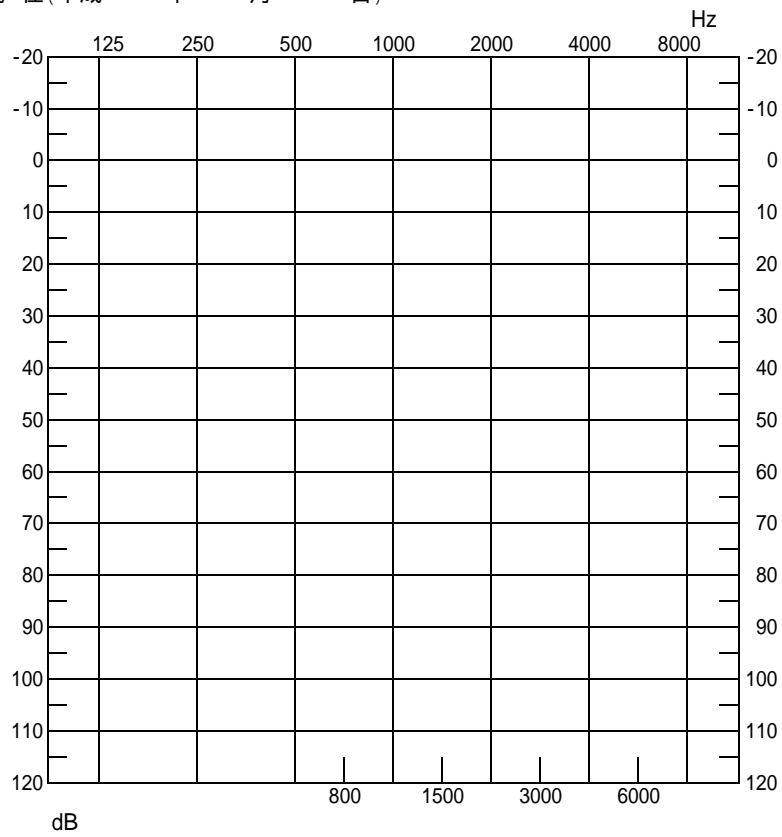
ふりがな 患者氏名		男・女	生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日
住 所	〒 _____ 電話 ( _____ )			
診 断 名	<b>突発性難聴</b>			
発病年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保 険 種 別
<b>主症状及び検査所見</b>				
<p>臨床症状</p> <p>1 罹患側 右 ・ 左 ・ 両側</p> <p>2 発症は突然であるか 突然・徐々に( _____ 年 _____ 月ごろより)</p> <p>3 反対側の難聴の有無 有 ・ 無 (40db 以上)</p> <p>4 耳鳴り 有 ・ 無</p> <p>5 めまい・吐き気 有 ・ 無</p> <p>6 聴力の改善悪化 有 ・ 無</p> <p>7 鼓膜等の所見 外耳(正常・異常) 鼓膜(正常・異常) 中耳(正常・異常)</p> <p>検査所見</p> <p>1 0.25, 0.5, 1, 2,4kHz の算術平均値 右 初診時 _____ dB 直近 _____ dB 左 初診時 _____ dB 直近 _____ dB</p> <p>2 オージオグラム(裏面に記載のこと)</p> <p>鑑別診断</p> <p>1 聴神経腫瘍 鑑別できる ・ 鑑別できない</p> <p>2 心因性難聴 鑑別できる ・ 鑑別できない</p> <p>3 聴神経炎 鑑別できる ・ 鑑別できない</p> <p>4 外リンパ瘻 鑑別できる ・ 鑑別できない</p>				
発症から入院までの経過(詳細に記載のこと)				
治療内容(詳細に記載のこと)				
入院見込期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	~	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">医療機関名 _____ 所在地 _____ 電話番号 ( _____ )</p> <p style="text-align: right;">医師の氏名 _____ 印</p>				

検査所見(聴力像)と経過

1 初診時(平成 年 月 日)



2 現在(平成 年 月 日)



## 特定疾患診断書

ふりがな 患者氏名		男・女	生年 月日	明・大・昭・平	年	月	日		
住 所	〒 ( ) 電話 ( )								
診 断 名	難治性ネフローゼ症候群								
発病年月	年	月	初診年月日	年	月	日	保 険 種 別		
							1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 後		
今回入院日	年	月	日	家族内の発生	有 ・ 無	有の場合、本人との続柄 ( )			
主症状及び検査所見									
項 目 ( 1 . 2 は必須 )		現在の状態 入院日から2か月を経過した時点 (ステロイド治療を実施の上で) (平成 年 月 日)			今回入院時の状態 (平成 年 月 日)				
1 蛋白尿 (成人及び小児)		g / 日			g / 日				
(小児の場合のみ記載)		g / kg / 日			g / kg / 日				
2 低蛋白血症		mg / dl			mg / dl				
(血清総蛋白量)		g / dl			g / dl				
(血清アルブミン)		g / dl			g / dl				
3 高脂血症 (総コレステロール)		mg / dl			mg / dl				
4 浮 腫		有 ・ 無			有 ・ 無				
発症から入院までの経過 (詳細に記載のこと)									
治療内容 (詳細に記載のこと) 治療薬剤名 ・ 副腎皮質ステロイドの使用の有無 無 ・ 有 使用期間 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日) ・ その他の治療 ( )									
入院見込期間	平成	年	月	日	~	平成	年	月	日
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日									
				医療機関名 所在地		電話番号 ( )			
						医師の氏名		印	

## 特定疾患診断書

ふりがな 患者氏名		男・女	生年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日	
住 所	〒 _____ 電話 ( _____ )				
診 断 名	<b>悪性腎硬化症</b>				
発病年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保 険 種 別 1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 後	
<b>主症状及び検査所見</b>					
1 主症状					
頭痛	有 ・ 無	視力障害	有 ・ 無	悪心・嘔吐	有 ・ 無
呼吸困難	有 ・ 無	浮腫・乏尿	有 ・ 無	全身倦怠感	有 ・ 無
血尿	有 ・ 無	蛋白尿	有 ・ 無	血沈の亢進	有 ・ 無
2 腎機能検査(検査日 年 月 日)					
	治療前	降圧薬治療後			
クレアチンクリアランス					
血清クレアチニン	mg/dl	mg/dl			
BUN	mg/dl	mg/dl			
3 眼底検査(検査日 年 月 日)*必ず眼底写真を提出してください					
KW分類 ( )度					
乳頭浮腫 有 ・ 無					
網膜出血 有 ・ 無					
4 その他検査所見(検査日 年 月 日)					
血清ナトリウム	mEq/l	血清カリウム	mEq/l		
血漿レニン活性	ng/ml/hr	心胸比	%		
心電図	所見( )				
血圧(複数回記入)	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg		
髄液圧	( ) mmH <sub>2</sub> O 亢進 ・ 正常 ・ 低下				
腎生検	所見( )				
発症から入院までの経過(詳細に記載のこと)					
治療内容(入院治療が必要な理由を明確に記載)					
入院見込期間	平成 年 月 日	~	平成 年 月 日		
上記のとおり診断します。					
平成 年 月 日		医療機関名			
		所在地			
		電話番号 ( )			
		医師の氏名		印	