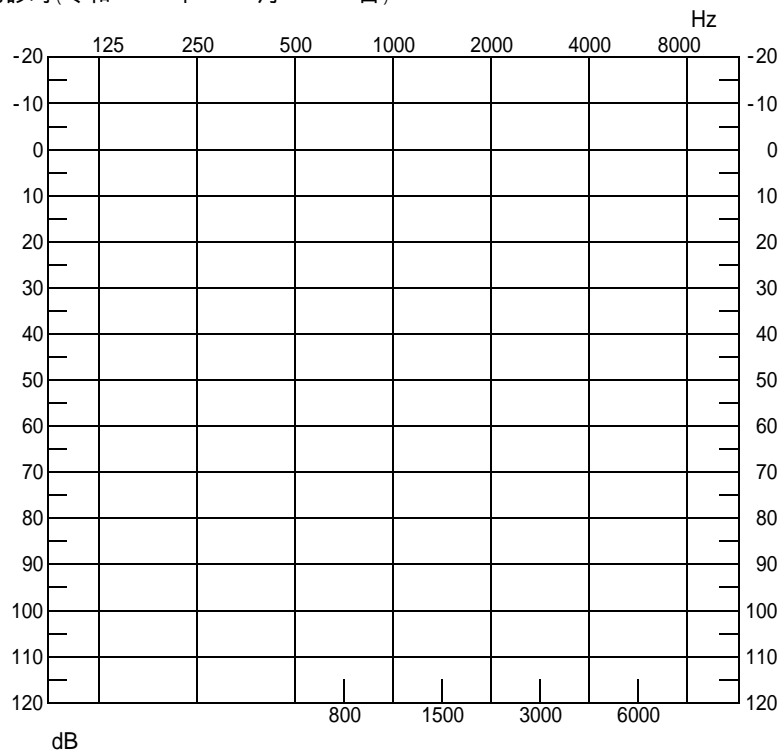


## 特定疾患診断書

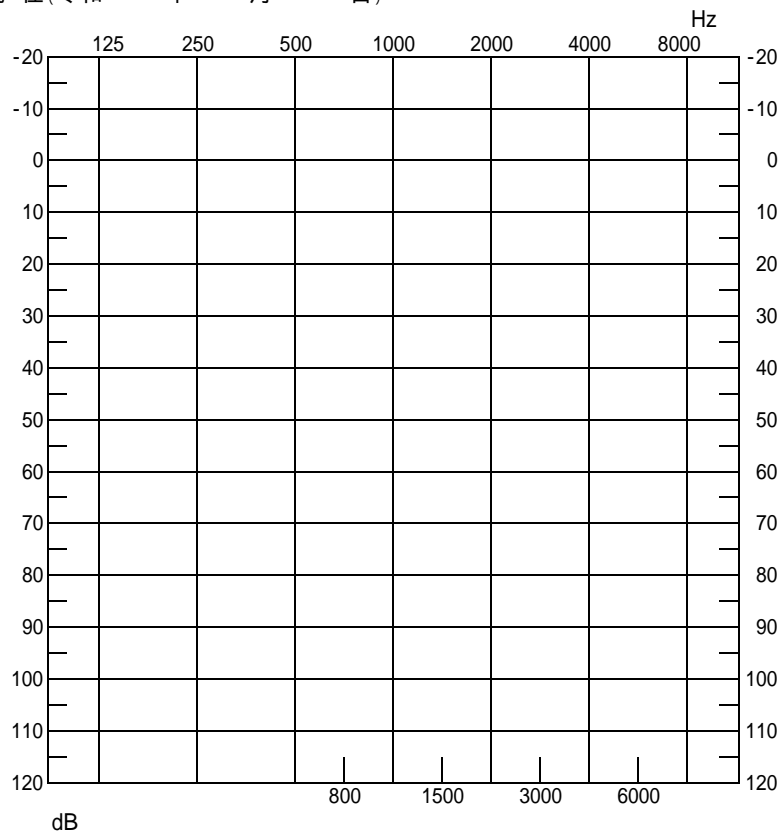
ふりがな 患者氏名		男・女	生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
住 所	〒 _____ 電話 ( _____ )			
診 断 名	<b>突発性難聴</b>			
発病年月	年 月	初診年月日	年 月 日	保 険 種 別
1. 政 2. 組 3. 船 4. 共 5. 国 6. 後				
<b>主症状及び検査所見</b>				
臨床症状				
1 罹患側	右 ・ 左 ・ 両側			
2 発症は突然であるか	突然・徐々に( _____ 年 _____ 月ごろより)			
3 反対側の難聴の有無	有 ・ 無 (40db 以上)			
4 耳鳴り	有 ・ 無			
5 めまい・吐き気	有 ・ 無			
6 聴力の改善悪化	有 ・ 無			
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)			
検査所見				
1	0.25, 0.5, 1, 2, 4kHz の算術平均値	右	初診時	dB 直近
		左	初診時	dB 直近
2	オーディオグラム(裏面に記載のこと)			
鑑別診断				
1 聴神経腫瘍	鑑別できる ・ 鑑別できない			
2 心因性難聴	鑑別できる ・ 鑑別できない			
3 聴神経炎	鑑別できる ・ 鑑別できない			
4 外リンパ瘻	鑑別できる ・ 鑑別できない			
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	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
上記のとおり診断します。				
令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	医療機関名 所在地 電話番号 ( _____ )			
	医師の氏名 _____ 印			

検査所見(聴力像)と経過

1 初診時(令和 年 月 日)



2 現在(令和 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・令	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			今回入院時の状態		
		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) (令和 年 月 日)			(令和 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(令和 年 月 日) (令和 年 月 日) ・その他の治療( )							
入 院 見 込 期	令和	年	月	日	令和	年	月 日
上記のとおり診断します。 令和 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・令 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	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
呼吸困難	有 ・ 無	浮腫・乏尿	有 ・ 無	全身倦怠感
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
血尿	有 ・ 無	蛋白尿	有 ・ 無	血沈の亢進
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	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	令和 年 月 日	令和 年 月 日		
上記のとおり診断します。				
令和 年 月 日		医療機関名		
		所在地		
		電話番号 ( )		
		医師の氏名 印		