じん臓の機能障害の状況及び所見

（該当のものを○で囲むこと）

1　じん機能

ア　内因性クレアチニンクリアランス値　（　　ml/分）　測定不能

イ　血清クレアチニン濃度　（　　mg/dl）

ウ　eGFR（推算糸球体濾過量）　（　　）

エ　血清尿素窒素濃度　（　　mg/dl）

オ　24 時間尿量　（　　ml/日）

カ　尿所見　（　　）

2　その他参考となる検査所見

（胸部エックス線写真，眼底所見，心電図等）

3　臨床症状（該当する項目が有の場合は，それを裏付ける所見を右の〔　〕内に記入すること。）

ア　じん不全に基づく末梢神経症　（有・無）〔　　〕

イ　じん不全に基づく消化器症状　（有・無）〔食思不振，悪心，嘔吐，下痢〕

ウ　水分電解質異常　（有・無）

Na　　mEq/l　，K　　mEq/l
Ca　　mEq/l　，P　　mq/dl
浮腫，乏尿，多尿，脱水，肺うっ血
その他（　　）

エ　じん不全に基づく精神異常　（有・無）〔　　〕

オ　エックス線写真所見上における骨異栄養症

（有・無）〔高度，中等度，軽度〕

カ　じん性貧血　（有・無）　Hb　　g/dl，Ht　　%

赤血球数　　×104/mm3

キ　代謝性アシドーシス　（有・無）〔HCO_3　　mEq/l〕

ク　重篤な高血圧症　（有・無）　最大血圧／最小血圧

（　　／　　mmHg）

ケ　じん不全に直接関連するその他の症状（有・無）〔　　〕

4　現在までの治療内容

①慢性透析療法の実施の有無等（□にレをして，回数等を記載してください。）

□ 有　　年　　月　　日開始　（回数　　／週　期間）等

（□血液透析　□腹膜透析）

□ 予定　　年　　月　　日予定　（回数　　／週　期間）等

（□血液透析　□腹膜透析）

□ 無

②その他

5　日常生活の制限による分類

ア　家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく，それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの

イ　家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが，それ以上の活動は著しく制限されるもの

ウ　家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが，それ以上の活動は著しく制限されるもの

エ　自己の身辺の日常生活活動を著しく制限されるもの

注　用紙の大きさは，日本工業規格 A 列 4 とする。