常染色体劣性多発性嚢胞腎（ARPKD）患者の診療

【現在】

□□・なし

□□・あり

□ARPKD につき自施設のみで診療□□患者数□□□□例

□ARPKD につき他施設と併診□□□□患者数□□□□例

【過去】（特定可能でデータがあれば期間を問わず，死亡・経過不明を含む）

□□・なし

□□・あり

□ARPKD につき自施設のみで診療□□患者数□□□□例

□ARPKD につき他施設と併診□□□□患者数□□□□例

□ARPKD につき他施設に紹介済み□□患者数□□□□例

■いずれか「あり」の場合，レジストリ登録へご協力いただけますか．

□・協力する

□・協力しない

ご施設名□：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

診療科□□：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

ご記入者名：□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

お忙しい中ご記入いただき，ありがとうございました．

大変お手数ではありますが，○年○月末日までに投函をお願いいたします．