

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，〇年〇月末日までに投函をお願いいたします。