

身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）

総括表

氏名	大昭平令	年 月 日生（ ）歳	男・女
住所			
1 障害名(部位を明記)	じん臓機能障害		
2 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、疾病、 自然災害、先天性、その他（ ）		
3 疾病・外傷発生年月日	昭平令	年 月 日	場所
4 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含め、慢性の経過がわかるように記入)			
<p style="text-align: right;">障害固定又は障害確定(推定) 昭平令 年 月 日</p>			
5 総合所見(障害認定に必要な事項、臨床症状、日常生活活動の制限、将来再認定について明記)			
【 将来再認定： 不要 ・ 要（軽度化・重度化）⇒ 再認定時期： 1年後・3年後・5年後 】			
6 その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付記する。			
令和 年 月 日			
病院又は診療所の名称 所在地 電話番号（ ） — 診療担当科名 科 第15条指定医師氏名 (署名又は記名押印) ※訂正がある場合は、訂正印等をお願いします。			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見(障害程度等級についても参考意見を記入) 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する。 (級相当) ・該当しない。			

(注意)

- 原因となった疾病・外傷名には、じん臓機能障害をきたした原因疾病名について、できる限り正確な名称を記載してください。
例えば、単に「慢性腎炎」という記載にとどめることなく、「慢性糸球体腎炎」等のように種類の明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載してください。
- 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

じん臓の機能障害の状況及び所見（慢性透析療法実施中の場合は、当該療法実施直前の状況及び所見を記入）

身体計測	身長	cm	体重	kg
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	血清尿素窒素濃度	(mg/dl)	
エ	推算糸球体濾過量	(ml/分/1.73m ²)	
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、それを裏づける所見を右の〔 〕内に記入)				
ア	じん不全に基づく末梢神経症	(無 ・ 有 ⇒ [])	
イ	じん不全に基づく消化器症状	(無 ・ 有 ⇒ [食思不振 ・ 悪心 ・ 嘔吐 ・ 下痢])		
ウ	水分電解質異常	(無 ・ 有 ⇒	〔 Na mEq/l、 K mEq/l Ca mEq/l、 P mg/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	(無 ・ 有 ⇒ [])	
オ	エックス線写真所見上における骨異栄養症	(無 ・ 有 ⇒ [高度 ・ 中等度 ・ 軽度])		
カ	じん性貧血	(無 ・ 有 ⇒	〔 Hb g/dl、 Ht %、 赤血球数 ×10 ⁴ /mm ³ 〕	
キ	代謝性アシドーシス	(無 ・ 有 ⇒ [HCO ₃	mEq/l])	
ク	重篤な高血圧症	(無 ・ 有 ⇒ 最大血圧	mmHg、	最小血圧 mmHg)
ケ	じん不全に直接関連するその他の症状	(無 ・ 有 ⇒ [])	
4 現在までの治療内容				
ア	慢性透析療法の実施	(無 ・ 有 ⇒	〔 開始期日 年 月 日 回数 /週 〕	
イ	その他	()		
5 日常生活の制限による分類(該当するものを○で囲む)				
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。(非該当)			
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。(4級相当)			
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。(3級相当)			
エ	自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。(1級相当)			