

身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）

総括表

氏名	年 月 日生（ ）歳	男・女
住所 船橋市		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となった疾病・外傷名 交通 労災 その他の事故 戦傷 戦災 自然災害 疾病 先天性 その他（ ） ※上記のいずれかを必ず選択してください		
③ 疾病・外傷発生日 年 月 日・場所		
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）          障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日 ※診断日以前の日付をご記入ください		
⑤ 総合所見       [将来再認定： 要 ・ 不要 ] 要の場合 { 再認定の理由（重度化・軽度化） 再認定の時期（ 年 月） ※診断日から1年以上5年以内の期間でご記入ください		
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す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 担当診療科名 科 医師氏名 ㊦		
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 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。 3 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせする場合があります。		

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する指定医師の診断を受けてください

腎臓の機能障害の状態及び所見

(該当するものを○で囲むこと。)

1 腎臓の機能 ( 年 月 日 )

ア 内因性クレアチンクリアランス値 ( 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 24時間尿量 ( ml/日 )

オ 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 [ ] 内に記入すること。)

ア 腎不全に基づく末梢神経症状 (有・無) [ ]

イ 腎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 mg/dl P mg/dl  
浮腫 乏尿 多尿 脱水 肺うつ血  
その他 ( ) )

エ 腎不全に基づく精神異常 (有・無) [ ]

オ エックス線写真所見における骨異栄養症

(有・無) [高度 中等度 軽度]

カ 腎性貧血 (有・無) Hb g/dl Ht %

赤血球数  $\times 10^4 / \text{mm}^3$

キ 代謝性アシドーシス (有・無) [ $\text{HCO}_3$  mEq/l]

ク 重篤な高血圧症 (有・無) 最大血圧/最小血圧

/ mmHg

ケ 腎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

ア 慢性透析療法の実施の有無 有（回数 /週）・無

（「有」の場合はイも記載すること。）

イ 透析導入日（ 年 月 日）

5 日常生活の制限による分類（慢性透析療法を実施している場合は、透析導入前の状態で記入すること。）

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 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの

6 その他参考となる身体状況

ア 身長 cm

イ 体重 kg （ドライウエイト kg）

ウ 血清クレアチニン濃度等

検査日					
C r (mg/dl)					
BUN (mg/dl)					
H t (%)					