

5 診断書様式 (第6号様式)

身体障害者診断書・意見書

総括表

(じん臓機能障害用)

氏名	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生 () 歳 令和	男・女								
住所										
① 障害名 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、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他 ()										
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みます。) ※慢性の経過で腎機能が低下したことが理解できるように記載してください。血清クレアチニン値は下記表に記入してください。(原則、過去6か月以前の検査結果数値は必ず記載してください。 <血清クレアチニン値の推移>										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査年月</th> <th>検査結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>年 月</td> <td>mg/dl</td> </tr> </tbody> </table>			検査年月	検査結果	年 月	mg/dl	年 月	mg/dl	年 月	mg/dl
検査年月	検査結果									
年 月	mg/dl									
年 月	mg/dl									
年 月	mg/dl									
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日										
⑤ 総合所見										
【 将来再認定 要 (軽減化・重度化) ・ 不要 】 (再認定時期 年 月)										
⑥ その他参考となる合併症状										
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。										
年 月 日										
病院又は診療所の名称										
所在地										
診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印										
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										
備考 1 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、慢性糸球体じん臓炎、糖尿病性じん臓症等原因となった基礎疾患名を記入してください。 2 「⑤総合所見」欄に、神奈川県身体障害者障害程度認定に関する要綱の別表4に基づく診断が適当と判断する場合は、その旨を理由とともに記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、神奈川県社会福祉審議会から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

(該当するものを○で囲んでください。)

- 1 じん臓機能 (慢性透析療法を実施している場合は透析療法開始直前の検査所見を記入してください。)
- ア 血清クレアチニン濃度 (mg/dl)
- イ 内因性クレアチニンクリアランス値 (ml/分)
- 2 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 [] 内で○で囲み、数値を記入してください。)

(水分電解質異常について)

- (1) 体液貯留による症状 (有 ・ 無) [全身性浮腫、肺水腫、胸水、腹水]
- (2) 体液異常の症状 (有 ・ 無) [管理不能な電解質異常
Na mEq/l、K mEq/l
Ca mg/dl P mg/dl
酸塩基平衡異常(代謝性アシドーシス)
HCO³ mEq/l]
- (3) じん臓不全に基づく消化器症状 (有 ・ 無) [悪心、嘔吐、食思不振、下痢]
- (4) 循環器症状 (有 ・ 無) [重篤な高血圧 / mmHg
心不全、心包炎、著しい全身性血管障害]
- (5) じん臓不全に基づく神経症状 (有 ・ 無) [中枢・末梢神経障害、精神障害]
- (6) 血液異常症状 (有 ・ 無) [じん臓性貧血 (Epo 抵抗性又は禁忌の重症貧血)
Hb g/dl、Ht %
赤血球数 ×10⁴/mm³
出血傾向]
- (じん臓不全に直接関連するその他の症状)
- (7) 視力障害 (有 ・ 無) [尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症]
- (8) 栄養障害症状 (有 ・ 無) [血清アルブミン値 g/dl]

- 3 現在までの治療内容
- 慢性透析療法の実施 (有 ・ 無) [回数 /週、 期間]

- 4 日常生活障害度
- ア 日常生活に支障がないもの
- イ 通勤、通学あるいは家庭内労働が困難となったもの
- ウ 日常生活が著しく制限されるもの
- エ 起床できないもの

神奈川県身体障害者障害程度認定に関する要綱の別表4に基づく診断が適切と判断する場合は、下記の事項を記入してください

血清クレアチニン濃度又は内因性クレアチニンクリアランス値	点
2の臨床症状の該当数 (個)	点
慢性透析療法の実施	点
日常生活障害度	点
年齢 (10歳未満又は70歳以上)	点