

様式第3

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

総括表

氏名	大正 昭和 平成 令和	年月日生	男女
住所			
① 障害名(部位を明記)			
② 原因となった ② 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・外傷発生年月日	年月日・場所		
④ 参考となる経過・現症(レントゲン及び検査所見を含む。)			
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・不要〕 〔再認定の時期 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 診療担当科名		
	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			
注意			
1 障害名には現在起こっている障害、じん臓機能障害を記入し、原因となった疾患には、慢性腎不全、慢性腎炎、糖尿病性腎症、じん硬化症等原因となった疾患名を記入してください。 2 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次頁以降の部分について、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

(該当するものを○でかこむこと)

1 じん機能

- ア 内因性クレアチニクリアランス値 (ml/分) 測定不能
イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dl)
ウ 推算GFR値 (ml/分/1.73m²)
※18歳以上の者は記入すること。
エ 血清尿素窒素濃度 (mg/dl)
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X線、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 じん不全に基づく末梢神経症 (有・無) []
イ じん不全に基づく消化器症状 (有・無) [食思不振、恶心、嘔吐、下痢]
ウ 水分電解質異常 (有・無)

Na	mEq/l	K	mEq/l
Ca	mEq/l	P	mg/dl
TP	g/dl	Alb	g/dl
浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うつ血、			
その他 ()			

エ じん不全に基づく精神異常 (有・無) []
オ X線上における骨異常 (有・無) [高度、中等度、軽度]
カ じん性貧血 (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) [HCO₃ mEq/l]
ク 重篤な高血圧症 (有・無) 最大血圧／最小血圧
/ mmHg
ケ じん不全に直接関連するもの (有・無) []

他の症状 ネフローゼ症候群 (有・無) ※有の場合は、次のいずれかを記入すること。

- 〔
・1日尿蛋白 g
・尿蛋白量 g/gCre
(蓄尿でも随時尿でも可)
〕

4 現在までの治療内容 [透析療法開始日 年 月 日]

慢性透析療法の実施 (有・無) ※有の場合 (回数 /週)

5 日常生活の制限による分類

- 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。
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 自己の身辺の日常生活活動を著しく制限されるもの。