

総括表

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

氏名	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生	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 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 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)					
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] <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 再認定は不要					
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。 令和 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所在地 〒 電話番号					
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、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。					
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、慢性糸球体腎炎等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 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

- 1 身長 () cm ・体重 () kg
- 2 じん臓機能 (年 月 日)
- ア 内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分) エ 24時間尿量 (ml/日)
- イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dl) オ 尿所見 ()
- ウ 血清尿素窒素濃度 (mg/dl)
- 3 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) (年 月 日)
- 4 臨床症状 (該当する項目が有の場合は、裏づける所見を記入すること) (年 月 日)

臨床症状	有 無 (どちらかに○)	裏づける所見 (有の場合に記載)
ア じん不全に基づく末梢神経症	有 無	所見
イ じん不全に基づく消化器症状	有 無	<input type="checkbox"/> 食思不振 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢
ウ 水分電解質異常	有 無	Na () mEq/l K () mEq/l Ca () mg/dl P () mg/dl <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 乏尿 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 肺うっ血 <input type="checkbox"/> その他()
エ じん不全に基づく精神異常	有 無	所見
オ X線写真所見における骨異常栄養症	有 無	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 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	HCO ₃ () 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その他の症状	有 無	所見

5 現在までの治療内容

6 慢性透析治療法の実施の有無

- 有 (年 月 日 導入)
- 開始予定 (年 月 日 導入予定 ・ 未定)
- 無

7 日常生活の制限による分類

- 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)
- 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)
- 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)
- 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)