

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		
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（ ）
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（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		
⑤ 総合所見		
〔将来再認定 要（軽度化・重度化）・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、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、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 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 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（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。		

医師氏名

(該当するものを○で囲むこと。)

ア	内因性クレアチンクリアランス値	(	ml/分)	・測定不能・未測定
イ	血清クレアチニン濃度	(	mg/dl)	
ウ	e G F R (推算糸球体濾過量)	(	ml/分/1.73m ²)	
エ	血清尿素窒素濃度	(	mg/dl)	
オ	24時間尿量	(	ml/日)	・未測定
カ	尿所見	(		)

(胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)

ア 腎不全に基づく末梢^{しょう}神経症（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	mEq/ℓ、P	mg/dℓ
浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺鬱血、		
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〕

力	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（有・無）〔
の症状（視覚障害、全身性欠陥
合併症等）

[慢性透析療法の実施の有無（回数　　／週、透析開始年月日　　年　　月　　日）等]

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 自己の身の辺の日常生活活動を著しく制限されるもの