

じん

のりづけ	(再交付の場合を除く。)	のりづけ
写 真 (4cm × 3cm) 脱帽のこと		写 真 (4cm × 3cm) 脱帽のこと

写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。  
 写真の糊付けは塗りつぶし部分のみとする。

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男・女
住 所	市 町 郡 村	番地
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, 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る。 年 月 日 病院又は診療所の名称 市 町 所 在 地 郡 村 番地 診療担当科名 科 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		
注意1 障害名の欄には, 慢性じん不全等現在起こっている障害を記入し, 原因となった疾病・外傷名の欄には, 糖尿病性じん症等障害の原因となった疾病等を記入するとともに, 該当する事項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は( )内に具体的に記入してください。) 2 障害区分や等級決定のため, 茨城県社会福祉審議会から改めて状況及び所見についてお問い合わせする場合があります。		

じん臓機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲むこと。)

1 じん臓機能 [検査日 年 月 日]

ア 内因性クレアチニンクリアランス値 ( 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 ( )

カ 推算GFR値  
 ( ml /分/1.73m<sup>2</sup>)

慢性透析療法を実施している場合は記入すること。

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, それを裏付ける所見を右の [ ] 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, 悪心, おう吐, 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, 肺うっ血,  
 その他( ) ]

エ じん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 じん性貧血 (有・無) Hb g/dl, Ht %  
 赤血球数 ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>

キ 代謝性アシドーシス (有・無) [HCO<sub>3</sub> 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) [ ]

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の有無(回数 /週, 期間)等]

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 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの