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		
① 障害名（部位を明記）　**じん臓機能障害**		5 1 0
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 再認定年月　　年　　月）		
⑥ その他の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

指定医師勤務先

(所在地・名称・電話番号)

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、例えば両眼失明、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、角膜混濁、先天性難聴、脳血管障害、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．障害区分や等級決定のため、高槻市から改めて診断内容についてお問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　（　　）

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、悪心、嘔吐、下痢 〕

ウ　水分電解質異常　（ 有 ・ 無 ）

Na　　mEq／ℓ 、 K　　mEq／ℓ
Ca　　mg／dℓ 、 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上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　　$\times 10^4$／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／　　mmHg〕

ケ　じん不全に直接関連する　（ 有 ・ 無 ）〔　　〕
その他の症状

４．現在までの治療内容

〔慢性透析療法の実施の有無（回数　　／週、期間）等〕

（慢性透析開始年月　　年　　月）

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。

６．血液浄化治療の要否

ア　血液浄化を目的とした治療を要する。

イ　近い将来に治療が必要（　　月後）

（注）慢性透析療法を実施している者の障害認定は、当該療法の実施前の状態で判定します。