

**第5号様式**（第5条関係）

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	男・女
住所		
① 障害名（部位を明記してください。）		
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	発生場所
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みます。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見		
(将来の再認定 要・不要) (再認定の時期 年 月)		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断し、次のとおり意見を述べます。		
年 月 日		
病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科目名 科 医師氏名 ㊟		
(自署又は記名押印)		
身体障害者福祉法第15条第3項に規定する意見（障害程度等級についても参考意見を記載してください。）		
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 1 「障害名」欄は視力障害、聴覚障害、右上下肢麻痺、心臓機能障害等現在起 こっているものを、「原因となった疾病・外傷名」欄は緑内障、先天性難聴、 脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾病名又は外傷名を記載してください。		
2 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（別紙）を添えてください。		
3 障害区分又は等級決定のため、高知県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。		
4 将来の再認定及び再認定の時期については、更生医療の適用、機能回復訓練 等によって障害が軽減する等の変化が予想される場合に記載してください。		

腎臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲んでください。)

1 腎機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 (  ml/分 ) 測定不能
- イ 血清クレアチニン濃度 (  mg/dl )
- ウ eGFR (推算糸球体濾過量) (  ml/分/1.73m<sup>2</sup> )
- 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括弧内に記入してください。)

- ア 腎不全に基づく末梢<sup>しょう</sup>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<sup>おう</sup>・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 エックス線写真上における骨異栄養症 (有・無) (高度・中等度・軽度)
- カ 腎性貧血 (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><sup>-</sup> 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症状

(有・無) ( )

4 現在までの治療内容

ア 慢性透析療法の実施

(有・無) (回数 / 週及び期間)

イ 透析導入日

( 年 月 日)

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はないもの

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