

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

(第9条関係)

氏名			生年月日	年 月 日 () 歳	性別	男・女																														
住所					TEL																															
①障害名(部位を明記)																																				
注意 1 障害名には以下の()内の具体的な障害名(部位を明記)を記載してください。 例) 視覚障害(両眼失明・視野狭窄・視野欠損等)、聴覚障害(両耳全ろう・語音明瞭度著障等)、平衡機能障害(中枢性平衡失調等)、音声機能障害(喉頭摘出・発声筋麻痺等)、言語機能障害(ろうあ・聴あ等)、上肢機能障害(右肩関節機能全廃・左手指欠損等)、下肢機能障害(右足部欠損・左膝関節著障等)、右半身麻痺、体幹機能障害、脳原性運動機能障害(上肢・移動)、内部障害(心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障害等)を記入して下さい。「指定医師必携障害名記載例参照」																																				
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()																																
注意 2 疾病・外傷名には、視覚障害(緑内障等)、聴覚・平衡機能障害(先天性難聴・メニエール病等)、音声・言語・そしゃく機能障害(咽頭腫瘍・脳血管疾患等)、肢体不自由(脳血管疾患・脳性麻痺・関節リウマチ等)、内部障害(心室中隔欠損・慢性腎炎・肺気腫・膀胱腫瘍・直腸腫瘍・特発性仮性腸閉塞症等)の原因となった疾病・外傷名を記載して下さい。「指定医師必携疾病・外傷名記載例参照」																																				
③疾病・外傷発生日		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)(再認定の時期 年 月 日)・不要】																																				
⑥その他参考となる合併症状																																				
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載すること]																																				
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																																				
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2"></th><th colspan="3">内訳(肢体・脳原性要記載)</th></tr><tr><th></th><th></th><th>右</th><th>左</th><th>両</th></tr></thead><tbody><tr><td>上肢</td><td></td><td>級</td><td>級</td><td>級</td></tr><tr><td>下肢</td><td></td><td>級</td><td>級</td><td>級</td></tr><tr><td>体幹</td><td></td><td>級</td><td>脳原 上肢</td><td>級</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>脳原 移動</td><td>級</td></tr></tbody></table>									内訳(肢体・脳原性要記載)					右	左	両	上肢		級	級	級	下肢		級	級	級	体幹		級	脳原 上肢	級				脳原 移動	級
		内訳(肢体・脳原性要記載)																																		
		右	左	両																																
上肢		級	級	級																																
下肢		級	級	級																																
体幹		級	脳原 上肢	級																																
			脳原 移動	級																																
上記のとおり診断する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 診療担当科名 科 医師氏名																																				
注意 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」(第6号様式(15))を添付してください。 4. 障害区分や等級決定のため、沖縄県身体障害者更生相談所から診断内容等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

(該当するものを○で囲むこと)

1 じん臓機能

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 その他の参考となる検査所見

(胸部X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、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、肺うっ血 その他 ()
エ. じん不全に基づく精神異常	(有・無)	()
オ. X線写真所見上における骨異常栄養症	(有・無)	(高度、中度、軽度)
カ. じん性貧血	(有・無)	Hb _____ g / dl, Ht _____ % 赤血球数 × 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)
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

慢性透析療法の実施の有無 有(回数 /週、透析導入日: 年 月 日～) 無

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。