

身体障害者診断書・意見書

総括表 (障害用)

氏 名	年 月 日生	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 ・ 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。併せて次の意見を付す。 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（昭和 24 年法律第 283 号）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） 障がいの程度は、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 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）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、北海道社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分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○印で囲むこと。)

1 身体計測

身長 c m 体重 k g

2 じん機能

- | | | | | |
|-----|------------------|---|--------|------|
| (1) | 内因性クレアチニンクリアランス値 | (| ml/分 | 測定不能 |
| (2) | 血清クレアチニン濃度 | (| mg/dl) | |
| (3) | 血清尿素窒素濃度 | (| mg/dl) | |
| (4) | 24 時間尿量 | (| ml/日) | |
| (5) | 尿所見 (| |) | |

3 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)

4 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。）

- | | | |
|-----|---------------------|---|
| (1) | じん不全に基づく末梢神経経 (有・無) | [|
| (2) | 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] |
| (3) | 水分電解質異常 (有・無) | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">[</div> <div> <p>Na mEq/ℓ・K mEq/ℓ</p> <p>Ca mEq/ℓ・P mg/dℓ</p> <p>浮腫・乏尿・多尿・脱水・肺うっ血</p> <p>その他 ()</p> </div> </div> |
| (4) | じん不全に基づく精神異常 | (有・無) [|
| (5) | エックス線写真所見における骨異常栄養症 | (有・無) [高度・中等度・軽度] |
| (6) | じん性貧血 (有・無) | <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="font-size: 4em; margin-right: 10px;">[</div> <div> <p>Hb g/dℓ・Ht %</p> <p>赤血球数 $\times 10^4/\text{mm}^3$</p> </div> </div> |
| (7) | 代謝性アシドーシス (有・無) | [HCO ₃ mEq/ℓ] |
| (8) | 重篤な高血圧症 (有・無) | 最大血圧／最小血圧
／ mmHg |
| (9) | じん不全に直接関連するその他の症状 | (有・無) [|

5 現在までの治療内容 (慢性透析療法の実施の有無・1週間あたりの回数・治療期間等)

6 日常生活の制限による分類

- (1) 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
- (2) 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
- (3) 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
- (4) 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

慢性腎不全透析導入基準による評価表

患者氏名 _____

I. 臨床症状

次の1～7のうち、該当する番号に○をつけてください。

1. 体液貯留（全身性浮腫、高度の低タンパク血症、肺水腫）
2. 体液異常（管理不能の電解質・酸塩基平衡異常）
3. 消化器症状（悪心、嘔吐、食思不振、下痢など）
4. 循環器症状（重篤な高血圧、心不全、心包炎）
5. 神経症状（中枢・末梢神経障害、精神障害）
6. 血液異常（高度の貧血症状、出血傾向）
7. 視力障害（尿毒性網膜症、糖尿病性網膜症）

評価	点数
○が 3 個以上（高度）	30 点
○が 2 個（中程度）	20 点
○が 1 個（軽度）	10 点

(I) 点**II 腎機能**

血清クレアチニン 濃度 (mg/dl)	クレアチニンクリア ランス値 (ml/分)	点 数
8 以上	10 未満	30 点
5～8 未満	10～20 未満	20 点
3～5 未満	20～30 未満	10 点

(II) 点**III 日常生活障害**

評 値	点 数
尿毒症のため起床できない（高度）	30 点
日常生活が著しく制限される（中等度）	20 点
通勤、通学あるいは家庭内労働が困難となった 場合（軽度）	10 点

(III) 点**IV その他**

年少者（10 歳未満）又は高齢者（65 歳以上） 又は全身性血管合併症がある	10 点
---	------

(IV) 点

(I) + (II) + (III) + (IV) 合計

 点

その他参考所見