

身体障害者診断書・意見書（腎臓機能障害用）

総括表

氏 名	年 月 日生	男 女
住 所		
障害名（部位を明記）		
原因となった 疾病・外傷名	外傷・疾病 先天性・その他（ ）	
疾病・外傷発生年月日	年 月 日	
参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）		
		障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日
総合所見(再認定の項目も記入)		
〔将来再認定 要（軽度化・重度化） ・ 不要〕 〔再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後〕		
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。 年 月 日 病院又は診療所の名称 電話 （ ） 所 在 地 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。 ・ 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 級相当	

注 障害区分や等級決定のため、八王子市から改めて問い合わせる場合があります。

腎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 腎機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 ($\text{Ml} / \text{分}$) 測定不能
- イ 血清クレアチニン濃度 (mg / dl)
- ウ eGFR値(推算糸球体濾過量) ($\text{ml} / \text{分} / 1.73\text{m}^2$)
- エ 血清尿素窒素濃度 (mg / dl)
- オ 24時間尿量 ($\text{Ml} / \text{日}$)
- 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〔 〕内に記入すること。)

- ア 腎不全に基づく末梢神経症 (有・無) []
- イ 腎不全に基づく消化器症状 (有・無) [食欲不振、悪心、嘔吐、下痢]
- ウ 水分電解質異常(有・無)

Na $\text{mEq} /$ 、K $\text{mEq} /$ Ca $\text{mEq} /$ 、P mg / dl 浮腫、乏尿、多尿、脱水、肺うっ血、 その他()
--
- エ 腎不全に基づく精神異常 (有・無) []
- オ エックス線写真所見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 $\times 10^4 / \text{mm}^3$
- キ 代謝性アシドーシス (有・無) [HCO_3^- $\text{mEq} /$]
- 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 (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)

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