様式第８号（７）（第８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）		
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 （軽度化による将来再認定　要　・　不要 （再認定の時期　　年　　月後））		
⑥　その他参考となる合併症状		

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

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、川越市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。

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）〔　食欲不振、悪心、嘔（おう）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（しゅ）、乏尿、多尿、脱水、肺うつ血、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　×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（回数　／週、期間）等）

5　日常生活の制限による分類　（注）アは非該当相当

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