

内

国民年金  
厚生年金保険

診

断

書

腎疾患・肝疾患  
糖尿病の障害用

(フリガナ) 氏名		生年月日		昭和 平成	年	月	日生(歳)	性別	男・女	
住所		住所地の郵便番号		都道府県		市区				
① 障害の原因 となった 傷病名		② 傷病の発生日		昭和 平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (年月日)		
		③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日		昭和 平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (年月日)		
④ 傷病の原因 又は誘因		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)		⑤ 既存 障害		⑥ 既往症				
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含む。 かどうか。		傷病が治っている場合		治った日		平成	年	月	日	確認 推定
		傷病が治っていない場合		症状のよくなる見込		有・無・不明				
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見		初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)								
⑨ 現在までの治療の内 容、期間、経過、その 他参考となる事項		診療回数		年間		回、月平均		回		
		手術歴		手術名( )		手術年月日( 年 月 日)				
⑩ 計測 (平成 年 月 日計測)		身長		cm	脈拍		最大		mmHg	降圧薬服用
		体重		kg	回/分		最小		mmHg	無・有
⑪ 一般状態区分表(平成 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)										
ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの										
イ 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例え、軽い家事、事務など										
ウ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともあり、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居しているもの										
エ 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの										
オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの										
障 害 の 状 態										
⑫ 腎疾患(平成 年 月 日現症) (腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(⑭)の欄にも 必要事項を記入してください。)										
1 臨床所見										
(1)自覚症状			(2)他覚所見			(3)検査成績 (記入上の注意を参照)				
悪心・嘔吐 (無・有・著)			浮腫 (無・有・著)			検査日				
食欲不振 (無・有・著)			貧血 (無・有・著)			検査項目				
頭痛 (無・有・著)			アシドーシス (無・有・著)			1日尿蛋白量 g/日				
呼吸困難 (無・有・著)			腎不全に基づく神経症状(無・有・著)			尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr				
			視力障害(無・有・著)			尿蛋白 (定性)				
						赤血球数 × 10 <sup>4</sup> /μl				
2 腎生検 無・有			検査年月日(平成 年 月 日)			ヘモグロビン g/dl				
所見						白血球数 / μl				
3 人工透析療法						血小板数 × 10 <sup>4</sup> / μl				
(1)人工透析療法の実施の有無 無・有(血液透析・腹膜透析・血液濾過)						血清総蛋白 g/dl				
(2)人工透析開始日 (平成 年 月 日)						血清アルブミン g/dl				
(3)人工透析(腹膜透析を除く)実施状況 回数・回/週、1回 時間						BCG法・BCP法・改良型BCP法				
(4)人工透析導入後の臨床経過						総コレステロール mg/dl				
(5)長期透析による合併症 無・有						血液尿素窒素(BUN) mg/dl				
所見						血清クレアチニン mg/dl				
						eGFR ml/分/1.73m <sup>2</sup>				
						1日尿量 ml/日				
						内因性クレアチニン・クリアランス ml/分				
						動脈血(HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ) mEq/l				
4 その他の所見										
(1)腎移植 無・有(有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過										
(2)その他										

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い)太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

(お願い)臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

障 害 の 状 態

⑬ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現症)

〔糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)、腎疾患(⑫)の欄にも必要事項を記入してください。〕

1 臨 床 所 見

- |                |                 |
|----------------|-----------------|
| (1)自覚症状        | (2)他覚所見         |
| 全身倦怠感 (無・有・著)  | 肝萎縮 (無・有・著)     |
| 発熱 (無・有・著)     | 脾腫大 (無・有・著)     |
| 食欲不振 (無・有・著)   | 浮腫 (無・有・著)      |
| 悪心・嘔吐 (無・有・著)  | 腹水 (無・有・有(難治性)) |
| 皮膚そう痒感 (無・有・著) | 黄疸 (無・有・著)      |
| 有痛性筋痙攣 (無・有・著) | 腹壁静脈怒張 (無・有・著)  |
| 吐血・下血 (無・有・著)  | 肝性脳症 (無・有(度))   |
|                | 出血傾向 (無・有・著)    |

(3)検 査 成 績 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設基準値	・	・	・
AST(GOT)	IU/ℓ				
ALT(GPT)	IU/ℓ				
γ-GTP	IU/ℓ				
血清総ビリルビン	mg/dℓ				
アルカリホスファターゼ	IU/ℓ				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				
BCG法・BCP法 ・改良型BCP法					
A/G比					
血小板数	×10 <sup>4</sup> /μℓ				
プロトロンビン時間	%				
総コレステロール	mg/dℓ				
血中アンモニア	μg/dℓ				
AFP	ng/mlℓ				
PIVKA-II	mAU/mlℓ				
アルコール性肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	(○・×)
	継続して必要な治療を実施している。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	(○・×)

2 Child-Pughによるgrade  
A (5・6) B (7・8・9) C (10・11・12以上)

3 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)  
所見 グレード ( ) ステージ ( )

4 食道・胃などの静脈瘤

- (1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)  
(2) 吐血・下血の既往 無・有 ( 回)  
(3) 治療歴 無・有 ( 回)

5 ヘパトーマ治療歴 無・有  
・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回  
・放射線療法 回 ・化学療法 回

6 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴  
所見

7 治療の内容

- (1)利尿剤 (無・有) (4)アルブミン・血漿製剤 (無・有)  
(2)特殊アミノ酸製剤 (無・有) (5)血小板輸血 (無・有)  
(3)抗ウイルス療法 (無・有) (6)その他  
具体的内容

8 その他の所見

- (1)肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日))  
経過  
(2)その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成 年 月 日)

⑭ 糖 尿 病 (平成 年 月 日現症) (腎合併症を認める例では、腎疾患(⑫)の欄に必要事項を記入してください。)

1 病 型 (いずれかの病型に○を付してください。)  
(1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病  
(3) その他の型 (病名 )

3 治療状況  
(1)食事療法のみ (2)経口糖尿病薬による  
(3)インスリンによる ( ・単位 / 日 回 / 日 )

2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設基準値	・	・	・
HbA1c (%)					
空腹時血糖値 (mg/dℓ)					

4 合併症  
(1)眼合併症 (平成 年 月 日)  
裸眼 矯正  
ア 視 力 (右) \_\_\_\_\_  
(左) \_\_\_\_\_  
イ 眼底所見  
(2)神経障害 (症状・検査所見)

5 その他の所見

⑮ その他の代謝疾患 (平成 年 月 日現症)

(自覚症状・他覚所見・検査成績等)

⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)

⑰ 予 後 (必ず記入してください。)

⑱ 備 考

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

病院又は診療所の名称  
所在地

診療担当科名  
医師氏名 印