

内 診 断 書 (腎疾患・肝疾患の障害用)
糖尿 尿 病

(フリガナ) 氏 名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日生(歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住 所		住所地の郵便番号	都道府県	郡市区		
① 障害の原因 となった 傷 病 名	② 傷病の発生日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 確認・ <input type="checkbox"/> 推定		傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和						
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	(<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日計測)	身長	cm	脈 拍	最大	mmHg
		体重	kg	回/分	最小	mmHg
⑪ 一 般 状 態 区 分 表 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つにチェックをしてください。)						
<input type="checkbox"/> 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						
<input type="checkbox"/> イ 軽度の症状があり、肉体的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						
<input type="checkbox"/> 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						
<input type="checkbox"/> エ 身のまわりのある程度はできるが、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						
<input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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		
悪心・嘔吐 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)		浮 腫 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)		(記入上の注意を参照)		
食欲不振 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)		貧 血 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)		検査項目	検査日	
頭 痛 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)		アシドーシス (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)		1日尿蛋白量	g/日	
呼吸困難 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)		腎不全に基づく神経症状 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)		尿蛋白/尿クレアチニン比	g/gCr	
		視力障害 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)		尿 蛋 白	(定性)	
2 腎 生 検 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		検査年月日 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)		赤血球数	× 10 ⁴ /μℓ	
3 人工透析療法				ヘモグロビン	g/dℓ	
(1) 人工透析療法の実施の有無 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 血液透析・ <input type="checkbox"/> 腹膜透析・ <input type="checkbox"/> 血液濾過)				白血球数	/ μℓ	
(2) 人工透析開始日 (<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)				血小板数	× 10 ⁴ / μℓ	
(3) 人工透析(腹膜透析を除く)実施状況 回数・ 回/週、 1回 時間				血清総蛋白	g/dℓ	
(4) 人工透析導入後の臨床経過				血清アルブミン	g/dℓ	
(5) 長期透析による合併症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有				BCG法・BCP法・改良型BCP法		
所見				総コレステロール	mg/dℓ	
				血液尿素窒素(BUN)	mg/dℓ	
				血清クレアチニン	mg/dℓ	
				eGFR	mℓ/分/1.73m ²	
				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 ₃ ⁻)	mEq/ℓ	
4 その他の所見						
(1) 腎 移 植 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は移植年月日(<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日))						
経過						
(1) その 他						

「診療録で確認または本人の申立て
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）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

（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

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

障 害 の 状 態

⑬ **肝 疾 患** (平成令和 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・著)
 皮 膚 搔 痒 感 (無・有・著) 有(難治性)
 有 痛 性 筋 痙 攣 (無・有・著) 黄 疸 (無・有・著)
 吐 血 ・ 下 血 (無・有・著) 腹 壁 静 脈 怒 張 (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 ⁴ /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/ml				
PIVKA-II	mAU/ml				
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。	(<input type="checkbox"/> ○・ <input type="checkbox"/> ×)	(<input type="checkbox"/> ○・ <input type="checkbox"/> ×)	(<input type="checkbox"/> ○・ <input type="checkbox"/> ×)	
	継続して必要な治療を実施している。	(<input type="checkbox"/> ○・ <input type="checkbox"/> ×)	(<input type="checkbox"/> ○・ <input type="checkbox"/> ×)	(<input type="checkbox"/> ○・ <input type="checkbox"/> ×)	

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(平成令和 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(平成令和 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(平成令和 年 月 日))
 経過

(2) その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成令和 年 月 日)

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

1 病 型 (いずれかの病型にチェックをしてください。)
 (1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病
 (3) その他の型 (病名)

2 検査成績 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日			
HbA1c(NGSP) (%)				
空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)	空腹	食後	時間	空腹
	食後	時間	空腹	食後
	時間	空腹	食後	時間
各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している		(<input type="checkbox"/> ○・ <input type="checkbox"/> ×)	(<input type="checkbox"/> ○・ <input type="checkbox"/> ×)	(<input type="checkbox"/> ○・ <input type="checkbox"/> ×)
空腹時又は随時血清Cペプチド値(ng/mL)	<input type="checkbox"/> 空腹・ <input type="checkbox"/> 随時		検査日(. .)	

4 血糖コントロールの困難な状況

(1) 意識障害により自己回復ができない重症低血糖 無・有 (回/年)
 (2) 糖尿病ケトアシドーシスによる入院 無・有 (入院 回/年)
 (3) 高血糖高浸透圧症候群による入院 無・有 (入院 回/年)

所見

3 治療状況

(1) インスリンによる (薬剤名) 単位/日. 回/日. 単位/kg(体重)
 (2) インスリン以外の治療による (具体的な治療)

5 合併症 症状・所見等

(1) 眼の障害 無・有 ()
 (2) 神経系統の障害 無・有 ()
 (3) 肢体の障害 無・有 ()

⑮ **その他の代謝疾患** (平成令和 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。 年 月 日
 病院又は診療所の名称 診療担当科名
 所在地 医師氏名