

(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 傷病の発生年月日		<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 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	回/分	血 圧
		体重	kg			最大
						最小
						mmHg
						降 圧 薬 服 用
						<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
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						
<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						
<b>障 害 の 状 態</b>						
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(⑩)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		
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)		
				赤血球数 × 10 <sup>4</sup> /μl		
				ヘモグロビン g/dl		
				白血球数 / μl		
				血小板数 × 10 <sup>4</sup> /μl		
				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		
				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 <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		
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 )						
3 人工透析療法						
(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 )						
(2) 人工透析開始日 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 )						
(3) 人工透析(腹膜透析を除く)実施状況 回数・ 回/週、 1回 時間						
(4) 人工透析導入後の臨床経過						
(5) 長期透析による合併症 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 所見						
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))						
(1) その他						

診療録で確認または本人の申立てのどちらかにチェックをして  
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(⑯)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)

2 Child-Pughによるgrade

3 肝生検 所見 グレード ( ) ステージ ( )

4 食道・胃などの静脈瘤

5 ヘパトマ治療歴

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

7 治療の内容

8 その他の所見

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(⑯)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。)

4 血糖コントロールの困難な状況

2 検査成績 (記入上の注意を参照)

3 治療状況

5 合併症

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

上記症状が障害基礎年金1級の状態に 該当する ・ 該当しない 将来再認定年月 年 月 日

上記の通り診断します。

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