

身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）

総括表

| | | |
|--|---|--------------|
| 氏名 | 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳） | 男・女 |
| 住所 | 札幌市 区 | |
| ① 障害名 | | |
| 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 | | |
| | [将来再認定 [再認定の時期 | 要・不要 年 月] |
| 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 指定医師氏名 | | |
| 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] | | |
| 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる基準に | | |
| ・該当する（ 級相当） | | |
| ・該当しない | | |
| 注意 1 ①の障害名には「じん臓機能障害」と記入し、②の原因となった疾病・外傷名には、慢性糸球体腎炎、腎硬化症等障害の原因となった疾病・外傷名を記入してください。 | | |
| 2 診断書・意見書の記載欄は全てご記入ください。なお、記載漏れなどの書類上の不備や不整合な点がある場合には、区役所等から問い合わせる場合があります。また、必要に応じて、関係する検査データを提出していただく場合もあります。 | | |
| 3 障害区分や等級決定のため、札幌市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について問い合わせる場合があります。 | | |

慢性腎不全透析基準

I. 臨床症状(次の1～7のうち、該当する番号に○をつけてください。)

1. 体液貯留 (全身性浮腫、高度の低蛋白血症、肺水腫)
2. 体液異常 (管理不能の電解質・酸塩基平衡異常)
3. 消化器症状 (悪心、嘔吐、食思不振、下痢など)
4. 循環器症状 (重篤な高血圧、心不全、心包炎)
5. 神経症状 (中枢・末梢神経障害、精神障害)
6. 血液異常 (高度の貧血症状、出血傾向)
7. 視力障害 (尿毒性網膜症、糖尿病性網膜症)

これら、1～7小項目のうち3つ以上に○があるものを高度 (30点)、2つ○があるものを中等度 (20点) 1つ○があるものを軽度 (10点) とする。

| II. 腎機能(該当する点数に○をつけてください。) | |
|--|----|
| 血清クレアチン (mg/dl) (クレアチン・クリアランス (ml/min)) | 点数 |
| 8以上 (10未満) | 30 |
| 5～8未満 (10～20未満) | 20 |
| 3～5未満 (20～30未満) | 10 |

III. 日常生活障がい度(次のうち、該当するものがあれば、番号に○をつけてください。)

1. 尿毒症症状ため起床できないものを高度 (30点)
2. 日常生活が著しく制限されるものを中等度 (20点)
3. 通勤、通学あるいは家庭内労働が困難となった場合を軽度 (10点)

| | | |
|--|---|----------------|
| I. 臨床症状 II. 腎機能 III. 日常生活 | } | 60点以上を透析導入とする。 |
| 註)年少者(10歳未満)、又は高齢者(65歳以上)、又は全身性血管合併症のあるものについては10点を加算 | | |

氏 名 _____

生年月日・年齢 _____年____月____日生_____歳

性 別 _____男・女

原 疾 患 _____

透析導入 _____年____月____日

点 数 _____点

備 考 _____

年 月 日

医療機関名
医師名