

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(腎臓疾患用)

① (ふりがな)氏名	-----	男・女	② 生年月日	平成 年 月 日
② 住 所			④ 疾病の原因となった傷病名	
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	平成 年 月 日	推定 確認	⑥ 傷病発生年月日	平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	平成 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有(年後) ・ 無

障 害 の 状 態

⑨ 腎臓疾患(平成 年 月 日現症)

<p>1 臨床所見</p> <p>(1) 自覚症状</p> <p>悪心・嘔吐(無・有・著) 浮腫(無・有・著)</p> <p>食欲不振(無・有・著) 貧血(無・有・著)</p> <p>頭痛(無・有・著) 腎不全に基づく</p> <p>呼吸困難(無・有・著) 神経症状(無・有・著)</p> <p>視力障害(無・有・著)</p> <p>低身長(無・有・著)</p> <p>(3) 尿毒症性心包炎(無・有)</p> <p>(4) 尿毒症性出血傾向(無・有)</p> <p>(5) 尿毒症性中枢神経症状(無・有)</p>	<p>(6) 検査成績</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査日</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>検査項</td> <td>..</td> <td>..</td> <td>..</td> </tr> <tr> <td>夜間尿量</td> <td>mg/hr/ml</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>早期尿蛋白量/クレアチニン比</td> <td>g/g/クレアチニン</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td>$\times 10^4/\mu\text{l}$</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>$/\mu\text{l}$</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>$\times 10^4/\mu\text{l}$</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン値</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">BCG法・BCP法・改良型BCP法</td> </tr> <tr> <td>総コレステロール</td> <td>mg/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液尿素窒素(BUN)</td> <td>mg/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清クレアチニン</td> <td>mg/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>eGFR</td> <td>ml/分</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日尿量</td> <td>ml/日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>内因性クレアチニン・クレアチン</td> <td>mg/分</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液ガス分析(アシドーシスの有無)</td> <td></td> <td>無・有・著</td> <td>無・有・著</td> </tr> </tbody> </table>	検査日				検査項	夜間尿量	mg/hr/ml			早期尿蛋白量/クレアチニン比	g/g/クレアチニン			赤血球数	$\times 10^4/\mu\text{l}$			ヘモグロビン	g/dl			白血球数	$/\mu\text{l}$			血小板数	$\times 10^4/\mu\text{l}$			血清総蛋白	g/dl			血清アルブミン値	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日尿量	ml/日			内因性クレアチニン・クレアチン	mg/分			血液ガス分析(アシドーシスの有無)		無・有・著	無・有・著
検査日																																																																									
検査項																																																																						
夜間尿量	mg/hr/ml																																																																								
早期尿蛋白量/クレアチニン比	g/g/クレアチニン																																																																								
赤血球数	$\times 10^4/\mu\text{l}$																																																																								
ヘモグロビン	g/dl																																																																								
白血球数	$/\mu\text{l}$																																																																								
血小板数	$\times 10^4/\mu\text{l}$																																																																								
血清総蛋白	g/dl																																																																								
血清アルブミン値	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日尿量	ml/日																																																																								
内因性クレアチニン・クレアチン	mg/分																																																																								
血液ガス分析(アシドーシスの有無)		無・有・著	無・有・著																																																																						
2 腎生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見																																																																									
3 人工透析療法																																																																									
(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)																																																																									
(2) 人工透析開始日 (平成 年 月 日)																																																																									
(3) 人工透析(腹膜透析除く)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 無・有 所見																																																																									
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																																																																									

⑩ 活動能力の程度(該当するものどれか一つを選んで○で囲んでください。)

- 1 普通の生活については著しく制限されることがないもの
- 2 家庭内での普通の生活又は社会での極めて温和な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
- 3 家庭内での極めて温和な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
- 4 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの

⑪ 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

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

