

資料3	専門家会合（第3回）
	平成25年10月3日

# 診断書の事務局見直し案 (たたき台)

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 傷病の発生年月日		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		③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日	
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
		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	
		体重 kg		回/分		最小		mmHg	
								降圧薬服用 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									
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ではできるが、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					(3) 検査成績				
(1) 自覚症状		(2) 他覚所見			検査日				
悪心 (無・有・著)		浮腫 (無・有・著)			検査項目				
食欲不振 (無・有・著)		意識障害 (無・有・著)			尿蛋白一日量 g/日				
頭痛 (無・有・著)		尿毒症症状 (無・有・著)			尿蛋白				
		アシドーシス (無・有・著)			赤血球				
		貧血 (無・有・著)			白血球				
		腎不全に基づく神経症状 (無・有)			円柱				
		消化器症状 (無・有)			赤血球数 × 10 <sup>4</sup> /μl				
		視力障害 (無・有)			ヘモグロビン濃度 g/dl				
2 腎生検 無・有		検査年月日(平成 年 月 日)			ヘマトクリット %				
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 (CAPD、血液透析)			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)人工透析実施状況		回数・回/週、1回 時間			総コレステロール mg/dl				
(4)人工透析導入後の臨床経過					血液尿素窒素(BUN) mg/dl				
(5)長期透析による合併症		無・有 (その所見 )			血清クレアチニン濃度 mg/dl				
4 その他の所見 (腎臓移植術を行っているときは、その実施日を記入してください。)					内因性クレチニン・クリアランス ml/分				
					動脈血 ph				

「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。