

障 害 の 状 態																																																																																																																															
⑬ 肝 疾 患 (平成 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 (2) 他覚所見 (1) 自覚症状 悪 心 (無・有・著) 食欲不振 (無・有・著) かゆみ (無・有・著) 全身倦怠 (無・有・著) 発 熱 (無・有・著) 黒色便 (無・有・著) 黄 疸 (無・有・著) 浮 腫 (無・有・著) 腹壁静脈拡張 (無・有・著) 肝 萎 縮 (無・有・著) 脾 腫 大 (無・有・著) 腹 水 (無・有・著) 意識障害 (無・有・(度)) 出血傾向 (無・有・著)	(3) 検査成績 (記入上の注意を参照) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設基準値</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>GOT (AST)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GPT (ALT)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GTP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総ビリルビン mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALP(アルカリフォスファターゼ)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白 g/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン g/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ZTT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TTT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数 ×10⁴/μl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ヘパラスチン値</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>時間</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>延長秒</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CHE(コリンエステラーゼ)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総コレステロール mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	検査項目	検査日	施設基準値				GOT (AST)						GPT (ALT)						γ-GTP						総ビリルビン mg/dl						ALP(アルカリフォスファターゼ)						血清総蛋白 g/dl						血清アルブミン g/dl						A/G比						ZTT						TTT						血小板数 ×10 ⁴ /μl						ヘパラスチン値						プロトロンビン						時間						延長秒						CHE(コリンエステラーゼ)						総コレステロール mg/dl						血中アンモニア						AFP						PIVKA-2					
検査項目	検査日	施設基準値																																																																																																																													
GOT (AST)																																																																																																																															
GPT (ALT)																																																																																																																															
γ-GTP																																																																																																																															
総ビリルビン mg/dl																																																																																																																															
ALP(アルカリフォスファターゼ)																																																																																																																															
血清総蛋白 g/dl																																																																																																																															
血清アルブミン g/dl																																																																																																																															
A/G比																																																																																																																															
ZTT																																																																																																																															
TTT																																																																																																																															
血小板数 ×10 ⁴ /μl																																																																																																																															
ヘパラスチン値																																																																																																																															
プロトロンビン																																																																																																																															
時間																																																																																																																															
延長秒																																																																																																																															
CHE(コリンエステラーゼ)																																																																																																																															
総コレステロール mg/dl																																																																																																																															
血中アンモニア																																																																																																																															
AFP																																																																																																																															
PIVKA-2																																																																																																																															
2 Child-Pughによるgrade A 5~6 B 7~9 C 10以上																																																																																																																															
3 食道静脈瘤 (1) 無・有 (内視鏡による、X線造形による、その他 ()) (2) 吐血、下血の既往歴 無・有 (回) (3) 内視鏡記載基準 (該当するものに○をつけてください) L(s, m, i)、F(0, 1, 2, 3)、C(w, b)、RC(-, +)、Lg(無・有) (4) 治療状況 無・有 硬化療法 (回) その他の療法 (手技 回)																																																																																																																															
4 ヘパトーマ治療歴 無・有 ・手術 回 ・エタノール局注 回 ・動脈塞栓術 回 ・ラジオ波、マイクロ波治療 回	5 肝生検 無・有 検査年月日 (平成 年 月 日) 所見 []																																																																																																																														
6 治療の内容 (1) 利尿剤 (無・有) (2) 特殊アミノ酸製剤 (無・有) (3) 血小板輸血 (無・有) (4) アルブミン・血漿製剤 (無・有) (5) その他 ()	7 その他の所見 (1) 肝移植 (無・有 経過 ()) (2) その他 (超音波・CT検査等) (平成 年 月 日) (ウイルス性肝炎については、IFN療法の有無とその結果、効果、およびHCCの有無、経過についても記入してください。)																																																																																																																														
⑭ 糖 尿 病 (平成 年 月 日現症) (腎合併症を認める例では、腎疾患 (⑫) の欄に必要事項を記入してください。)																																																																																																																															
1 病 型 (いずれかの病型に○を付してください) (1) 1 型糖尿病 (2) 2 型糖尿病 (3) その他の型 (病名)	3 治療状況 (1) 食事療法のみ (2) 経口糖尿病薬による (3) インスリンによる (単位/日 回/日)																																																																																																																														
2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 (記入上の注意を参照) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設基準値</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>HbA1c (%)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>空腹時血糖値 (mg/dl)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	検査項目	検査日	施設基準値				HbA1c (%)						空腹時血糖値 (mg/dl)						4 合併症 (1) 眼合併症 (平成 年 月 日) 裸眼 矯正 ア 視力 (右) _____ (左) _____ イ 眼底所見 (2) 神経障害 (症状・検査所見)																																																																																																												
検査項目	検査日	施設基準値																																																																																																																													
HbA1c (%)																																																																																																																															
空腹時血糖値 (mg/dl)																																																																																																																															
5 その他の所見																																																																																																																															
⑮ その他の代謝疾患 (平成 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 (必ず記入して下さい)																																																																																																																															
⑰ 予 後 (必ず記入して下さい)																																																																																																																															
⑱ 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

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」は切り離さないでください。)

記入上の注意

- 1 この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表、厚生年金保険法施行令別表又は船員保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。
〔 また、この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕
- 2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～⑪及び⑯～⑲の欄は、全て記入してください。それ以外については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。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移」の検査成績は、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法を実施後の検査成績を記入して下さい。
 - (3) ⑱の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。