

参考2	専門家会合(第1回)
	平成25年8月8日

障害年金の診断書〔様式第 120 号の 6-(2)〕

内

国民年金
厚生年金保険
船員保険

診 断 書

書 (腎疾患・肝疾患の障害用)
糖尿 病

様式第120号の6-(2)

(フリガナ)氏名		昭和 年 月 日生(歳)		男 ・ 女	
住所		住所地の郵便番号		郡市区 町区 村	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		昭和 年 月 日 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		昭和 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	
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		確認 推 定	
		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		身長 cm		脈 拍	
(平成 年 月 日計測)		体重 kg		回/分	
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 例えば、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		(2) 他 覚 所 見		(3) 検 査 成 績 (記入上の注意を参照)	
(1) 自 覚 症 状		浮 腫 (無・有・著)		検 査 日	
悪 心 (無・有・著)		意 識 障 害 (無・有・著)		検 査 項 目	
食 欲 不 振 (無・有・著)		尿毒症症状 (無・有・著)		尿蛋白一日量 g/日	
頭 痛 (無・有・著)		アチドーシス (無・有・著)		尿 蛋 白	
		貧 血 (無・有・著)		赤血球	
		腎不全に基づく 神経症状 (無・有)		尿沈渣	
		消化器症状 (無・有)		白血球	
		視力障害 (無・有)		円 柱	
2 腎 生 検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)				赤血球数 ×10 ⁴ /μℓ	
所見〔 〕				ヘモグロビン濃度 g/dℓ	
3 人 工 透 析 療 法				ヘマトクリット %	
(1) 人工透析療法の実施の有無 無・有 (CAPD、血液透析)				白血球数 /μℓ	
(2) 人工透析開始日 (平成 年 月 日)				血小板数 ×10 ⁴ /μℓ	
(3) 人工透析実施状況 回数・ 回/週、 1 回 時間				血清総蛋白 g/dℓ	
(4) 人工透析導入後の臨床経過				血清アルブミン g/dℓ	
(5) 長期透析による合併症 無・有 (その所見)				総コレステロール mg/dℓ	
				血液尿素窒素 (BUN) mg/dℓ	
				血清クレアチニン濃度 mg/dℓ	
				内因性クレアチニン・クリアランス ml/分	
				動脈血 ph	
4 その他所見 (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。)					

「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。

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。)