

資料 3	専門家会合（第 4 回）
	平成 2 5 年 1 1 月 1 5 日

# 診断書の改正案



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		郡市 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 して ( 年 月 日 )			
		③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日		昭和 平成	年	月	日	診 療 録 で 確 認 して ( 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					
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 (平成 年 月 日計測)		身長		cm		脈拍		最大		mmHg	降圧薬服用
		体重		kg		回/分		最小		mmHg	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					
						内因性クレチニン・クリアランス ml/分					
						動脈血 ph					
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。)											

「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。