

身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）

総括表

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生（ 歳）	男・女
住所 札幌市 区		
① 障害名（部位を明記）		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他（ ）
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所		
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）		
障害固定又は障害確定（推定）平成 年 月 日		
⑤ 総合所見		
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診 療 担 当 科 名 科 指定医師氏名 印		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる基準に ・該当する（ 級相当） ・該当しない		
注意 1 障害名には現在起っている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、 先天性難聴、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）を添付してください。 3 診断書・意見書の記載欄は全てご記入ください。なお、記載漏れなどの書類上の不備や不整合な点がある場合には、区役所等 から問い合わせる場合があります。また、必要に応じて、関係する検査データを提出していただく場合もあります。 4 障害区分や等級決定のため、札幌市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について問い合わせる場合があります。 5 四肢体幹に器質的異常がなく、他覚的に平衡機能障害が認められる中枢性平衡失調については、肢体不自由の四肢体幹機能障 害ではなく平衡機能障害による認定になりますので、平衡機能障害用の診断書・意見書をご使用ください。 また、平衡機能障害と肢体不自由との重複認定はできません。		

慢性腎不全透析基準

I. 臨床症状(次の1～7のうち、該当する番号に○をつけてください。)

1. 体液貯留 (全身性浮腫、高度の低蛋白血症、肺水腫)
2. 体液異常 (管理不能の電解質・酸塩基平衡異常)
3. 消化器症状 (悪心、嘔吐、食思不振、下痢など)
4. 循環器症状 (重篤な高血圧、心不全、心包炎)
5. 神経症状 (中枢・末梢神経障害、精神障害)
6. 血液異常 (高度の貧血症、出血傾向)
7. 視力障害 (尿毒性網膜症、糖尿病性網膜症)

これら、1～7小項目のうち3つ以上に○があるものを高度(30点)、2つ○があるものを中等度(20点)、1つ○があるものを軽度(10点)とする。

II. 腎機能(該当する点数に○をつけてください。)	
血清クレアチン (mg/dl) (クレアチン・クリアランス (ml/min))	点数
8以上 (10未満)	30
5～8未満 (10～20未満)	20
3～5未満 (20～30未満)	10

III. 日常生活障がい度(次のうち、該当するものがあれば、番号に○をつけてください。)

1. 尿毒症症状ため起床できないものを高度(30点)
2. 日常生活が著しく制限されるものを中等度(20点)
3. 通勤、通学あるいは家庭内労働が困難となった場合を軽度(10点)

I. 臨床症状

II. 腎機能

III. 日常生活

} 60点以上を透析導入とする。

註)年少者(10歳未満)、又は高齢者(65歳以上)、又は全身性血管合併症のあるものについては10点を加算

氏名 _____
生年月日・年齢 _____年____月____日生____歳
性別 男・女
原疾患 _____
透析導入 _____年____月____日
点数 _____点
備考 _____

平成 年 月 日

医療機関名

医師名