

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 傷病の発生日		昭和 平成	年	月	日	診療 録の 年 月 日	で 申 立 て 認 め て 確 立 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 録の 年 月 日	で 申 立 て 認 め て 確 立 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	回/分	最大	mmHg	降圧薬服用
		体重	kg			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 例へば、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(⑩)の欄にも必要事項を記入してください。)								
1 臨床所見								
(1)自覚症状			(2)他覚所見			(3)検査成績 (記入上の注意を参照)		
悪心・嘔吐 (無・有・著)			浮腫 (無・有・著)			検査日		
食欲不振 (無・有・著)			貧血 (無・有・著)			検査項目		
頭痛 (無・有・著)			アシドーシス (無・有・著)			1日尿蛋白量 g/日		
呼吸困難 (無・有・著)			腎不全に基づく神経症状(無・有・著)			尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr		
			視力障害(無・有・著)			尿蛋白(定性)		
						赤血球数 × 10 ⁴ /μl		
						ヘモグロビン g/dl		
						白血球数 / μl		
						血小板数 × 10 ⁴ / μl		
						血清総蛋白 g/dl		
						血清アルブミン g/dl		
						BCG法・BCP法・改良型BCP法		
						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 mg/dl		
						eGFR ml/分/1.73m ²		
						1日尿量 ml/日		
						内因性クレアチニン・クリアランス ml/分		
						動脈血(HCO ₃ ⁻) mEq/l		
2 腎生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)								
所見								
3 人工透析療法								
(1)人工透析療法の実施の有無 無・有(血液透析・腹膜透析・血液濾過)								
(2)人工透析開始日 (平成 年 月 日)								
(3)人工透析(腹膜透析を除く)実施状況 回数・回/週、1回 時間								
(4)人工透析導入後の臨床経過								
(5)長期透析による合併症 無・有 所見								
4 その他の所見								
(1)腎移植 無・有(有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過								
(2)その他								

「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) 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。

(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。

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

- | | |
|----------------|-----------------|
| (1)自覚症状 | (2)他覚所見 |
| 全身倦怠感 (無・有・著) | 肝萎縮 (無・有・著) |
| 発熱 (無・有・著) | 脾腫大 (無・有・著) |
| 食欲不振 (無・有・著) | 浮腫 (無・有・著) |
| 悪心・嘔吐 (無・有・著) | 腹水 (無・有・有(難治性)) |
| 皮膚そう痒感 (無・有・著) | 黄疸 (無・有・著) |
| 有痛性筋痙攣 (無・有・著) | 腹壁静脈怒張 (無・有・著) |
| 吐血・下血 (無・有・著) | 肝性脳症 (無・有(度)) |
| | 出血傾向 (無・有・著) |

(3)検査成績

(記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設基準値	・ ・	・ ・	・ ・
AST(GOT) IU/ℓ					
ALT(GPT) IU/ℓ					
γ-GTP IU/ℓ					
血清総ビリルビン mg/dℓ					
アルカリホスファターゼ IU/ℓ					
血清総蛋白 g/dℓ					
血清アルブミン g/dℓ					
BCG法・BCP法 ・改良型BCP法					
A/G比					
血小板数 ×10 ⁴ /μℓ					
プロトロンビン時間 %					
総コレステロール mg/dℓ					
血中アンモニア μg/dℓ					
AFP ng/ml					
PIVKA-II mAU/ml					
アルコール性肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	
	継続して必要な治療を実施している。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	

2 Child-Pughによるgrade

A (5・6) B (7・8・9) C (10・11・12以上)

3 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)

所見 グレード () ステージ ()

4 食道・胃などの静脈瘤

(1)無・有 検査年月日(平成 年 月 日)

(2)吐血・下血の既往 無・有 (回)

(3)治療歴 無・有 (回)

5 ヘパトマ治療歴 無・有

- ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回
・放射線療法 回 ・化学療法 回

6 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴

所見

7 治療の内容

- (1)利尿剤 (無・有) (4)アルブミン・血漿製剤 (無・有)
(2)特殊アミノ酸製剤 (無・有) (5)血小板輸血 (無・有)
(3)抗ウイルス療法 (無・有) (6)その他
具体的内容

8 その他の所見

(1)肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日))経過

(2)その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成 年 月 日)

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)

2 検査成績 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	・ ・	・ ・	・ ・
HbA1c(NGSP) (%)				
空腹時又は食後血糖値 (mg/dℓ)	空腹・食後 時間	空腹・食後 時間	空腹・食後 時間	
各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している	(○・×)	(○・×)	(○・×)	
空腹時又は随時血清Cペプチド値 (ng/mL)	空腹・随時	(検査日 ・・)		

3 治療状況

- (1)インスリンによる (薬剤名) 単位/日, 回/日, 単位/kg(体重)
(2)インスリン以外の治療による (具体的な治療)

4 血糖コントロールの困難な状況

- (1)意識障害により自己回復ができない重症低血糖 無・有 (回/年)
(2)糖尿病ケトアシドーシスによる入院 無・有 (入院 回/年)
(3)高血糖高浸透圧症候群による入院 無・有 (入院 回/年)
所見

5 合併症

- (1)眼の障害 無・有 (症状・所見等)
(2)神経系統の障害 無・有 ()
(3)肢体の障害 無・有 ()

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 (必ず記入してください。)

⑰ 予 後 (必ず記入してください。)

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
所在地

診療担当科名
医師氏名

印