

《腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項
(平成28年6月1日改正)

表面

①欄 障害の原因となった傷病名
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑨欄 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項
現在までの治療の内容などは参考となる事項をできるだけ詳しく記入してください。
また、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。

⑫3欄 人工透析療法
人工透析療法を実施している場合は、血液透析、腹膜透析または血液濾過のうち、実施したものの全てに○をつけ、最初に実施した人工透析療法の開始日を記入してください。

様式第120号の6-(2)

(内) 国民年金 診断書 (腎疾患・肝疾患の障害用)
厚生年金保険 糖尿病

| | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------|
| (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 | 都道府県 | 郡市区 | | |
| ① 障害の原因となった傷病名 | ② 傷病の発生日 | 昭和 平成 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 |
| ④ 傷病の原因又は誘因 | ⑤ 既存障害 | 初診年月日(昭和・平成 年 月 日) | 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 | 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 (平成 年 月 日) | ⑩ 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 | 手帳名() 手帳年月日(年 月 日) |
| ⑪ 計測 (平成 年 月 日計測) | 身長 cm | 体重 kg | 脈拍 回/分 | 血圧 最大 mmHg 最低 mmHg 臨圧範囲 mmHg |
| ⑫ ① 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、肉体的制限を受けるが、歩行、軽労働や産業はできるもの 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もの、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 | | | | |
| ⑬ 腎疾患(平成 年 月 日現症) (腎性視膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(⑧)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) 視力障害(無・有・著) | 尿蛋白/尿クレアチニン比 | g/cr | |
| | | 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 | |
| | | BCC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 | |
| | | 内因性クレアチニウムクリアランス | 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) | | | | |
| 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 | | | | |

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。)

③欄 初めて医師の診療を受けた日
この診断書を作成するための診療日ではなく、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。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

⑫1(3)欄 検査成績
過去6カ月における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。
●「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法または改良型BCP法のいずれかを○で囲んでください。
●血清クレアチニンの検査数値等をもとに「eGFR」の値を記入してください。

《お願い》
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。
過去の障害の状態については、当時の診療録に基づいて記入してください。
診断書に記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することがありますので、ご了承ください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

⑬ 2 欄 Child-Pughによるgrade
該当する点数を○で囲んでください。

⑬ 6 欄 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
「4 食道・胃などの静脈瘤」と
「5 ヘパトマ治療歴」以外の治
療歴があれば治療経過などを記入し
てください。

⑬ 7 欄 治療の内容
現症日時点の内容を記入してください。
また、「具体的内容」については、(1)
～(6)の治療がある場合は、必要に応
じて薬品名や「(6)その他」の内容など
を記入してください。

(変更)

⑭ 2 欄 検査成績
表中は、過去6か月における2回以上の
検査成績をそれぞれ記入してください。
●「HbA1c」は、NGSP値を記入し
てください。
●「空腹時又は食後血糖値」は、空腹・
食後のいずれかを○で囲んで食後は時
間を記入してください。
●「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」については、○または×のいづれ
かを検査日ごとに○で囲んでください。

血清Cペプチド値は、原則として過去1
年間以内における検査成績を記入して
ください。
また、空腹・随時のいずれかを○で囲ん
でください。

⑰ 欄 予後
診断時に判断できない場合は、「不詳」
と記入してください。

病院または診療所の名称だけでなく、
所在地も忘れず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(⑮)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 全身倦怠感 (無・有・著) 発熱 (無・有・著) 食欲不振 (無・有・著) 悪心・嘔吐 (無・有・著) 皮膚掻痒感 (無・有・著) 有痛性筋痙攣 (無・有・著) 吐血・下血 (無・有・著) | (2)他覚所見 肝萎縮 (無・有・著) 脾腫大 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著) 腹水 (無・有・著) 黄疸 (無・有・著) 腹壁静脈怒張 (無・有・著) 肝性脳症 (無・有・著) 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 | | | | | |
| アルブミン g/dL | | | | | |
| 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 ⁹ /μL | | | | | |
| プロロンゼン時間 % | | | | | |
| 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 ルを摂取していません | (○・×) | (○・×) | (○・×) | |
| | 継続して必要な治療 を実施している。 | (○・×) | (○・×) | (○・×) | |
| 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(⑮)の欄に必要な事項を記入してください。) | | | | | |
| 1 病型 (いずれかの病型に○を付けてください。) (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 | 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 年 月 日) | | | |
| 3 治療状況 (1)インスリンによる (薬名) 単位/日、 単位/日、 単位/日(体重) (2)インスリン以外の治療による (具体的な治療) | | | | | |
| 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 | | 診療担当科名 | | 印 | |
| 所在地 | | 医師氏名 | | | |

⑬ 1 (3) 欄 検査成績
過去6か月における2回以上の検査成
績をそれぞれ記入してください。

●「血清アルブミン」については、BCG
法、BCP法または改良型BCP法のい
ずれかを○で囲んでください。
●アルコール性肝硬変の場合は、⑬の欄の
「1 臨床所見」の(3)検査成績の「180日
以上アルコールを摂取していない。」と
「継続して必要な治療を実施している。」
の○または×のいずれかを検査日ごとに
○で囲んでください。

⑬ 8 (1) 欄 肝移植
移植を受けたものは、術後の症状、治療
経過、検査成績を「経過」に具体的に記入
してください。
また、肝移植後の予後についても、「⑰予
後」欄に記入してください。

(変更)

⑭ 4 欄 血糖コントロールの困難な状況
(1)～(3)については、過去1年間の回数
を記入してください。

⑭ 5 欄 合併症
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。

⑯ 欄 現症時の日常生活活動能力及び
労働能力
現症時の日常生活活動能力については、
介助が必要かどうか、また、労働能力に
ついては必ず記入してください。

⑱ 欄 備考
本人の状態について特記すべきことがあ
れば記入してください。