様式第3号(第5条関係)

身体障害者診断書・意見書

総括表　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　　　　障害用)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　 | 　　年　　月　　日生(　)歳 | 男・女 |
| 住所 |
| 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)　　　年　　月　　日 |
| ⑤総合所見 |
| ⑥将来の再認定の必要性　・要(再認定を要する時期　　年　　月)　　・不要　再認定を「要」とした理由　1　治療等により改善の可能性あり　2　その他(　　　) |
| ⑦その他参考となる合併症状 |
| 　　上記のとおり診断します。併せて、以下の意見を付します　　　　年　　月　　日病院又は診療所の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当科名　　　　　科　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、参考意見を記入すること｡)　　　障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に　　　　・該当する(　　　　級相当)　　　　・該当しない |
| 　(注)　1　「障害名」欄には、現在起こっている障害(両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等)を、「原因となった疾病・外傷名」欄には、原因となった疾患等(角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭等)を、それぞれ記入すること。　　　　2　障害区分や等級を決定するため、県又は県社会福祉審議会から改めて照会する場合がある。 |

じん臓の機能障害の状況及び所見

|  |
| --- |
| 　1　じん機能　　ア　内因性クレアチニンクリアランス値(　　　　ml／分)・測定不能　　イ　血清クレアチニン濃度　　　　　　(　　　　㎎／dl)　　ウ　血清尿素窒素濃度　　　　　　　　(　　　　㎎／dl)　　エ　24時間尿量　　　　　　　　　　　(　　　　ml／日)　　オ　尿所見(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)　2　その他参考となる検査所見(胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)　3　臨床症状　　ア　じん不全に基づく末神経症(有〔所見　　　　　　　　〕・無)　　イ　じん不全に基づく消化器症状(有〔食思不振・悪心・吐・下〕・無) |
| 　　ウ　水分電解質異常(有 | Na　　　mEq／Ⅰ，K　　mEq／ⅠCa　　　mEq／Ⅰ，P　　　㎎／dl浮・乏尿・多尿・脱水・肺うつ血その他(　　　　　　　　　　　　) | ・無) |
| 　　エ　じん不全に基づく精神異常(有〔所見　　　　　　　　　〕・無)　　オ　エックス線写真所見上における(有〔高度・中等度・軽度〕・無)骨異栄養症 |
| 　　カ　じん性貧血　(有 | Hb　　　　　g／dl，Ht　　　　　％赤血球数　　　　　　　×104／mm3 | ・無) |
| 　　キ　代謝性アシドーシス(有〔HCO3　　　　　　　　　mEq／I〕・無) |
| 　　ク　重篤な高血圧症(有 | 最大血圧／最小血圧／　　　　mmHg　 | ・無) |
| 　　ケ　じん不全に直接関連するその他(有〔所見　　　　　　　〕・無)の症状　4　現在までの治療内容(慢性透析療法〔実施の有無、週当たりの回数及び期間〕等)　5　日常生活の制限による分類　　ア　家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動も著しく制限されることがないもの　　イ　家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの　　ウ　家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの　　エ　自己の身辺の日常生活活動を著しく制限されるもの |