

(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〕

様式第120号の6-(2)

氏名 (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 傷病の発生日		昭和 平成	年	月	日	診 療 年 月 日 本 人 年 月 日 録 申 立 日 で 申 立 日 確 認 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 年 月 日 本 人 年 月 日 録 申 立 日 で 申 立 日 確 認 日	
④ 傷病の原因 または誘因	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
	傷病が治っていない場合		症状のよくなる見込		有	無	不明	確 認 推 定
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	血 圧	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、肉体的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のことはできるが、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) (腎性網膜症また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			(3) 検査成績			(記入上の注意を参照)		
(1) 自覚症状		(2) 他覚所見	検査日					
悪心・嘔吐 (無・有・著)		浮腫 (無・有・著)	検査項目	・	・	・	・	
食欲不振 (無・有・著)		貧血 (無・有・著)	1日尿蛋白量 g/日					
頭痛 (無・有・著)		アシドーシス (無・有・著)	尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr					
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 (定性)					
2 腎生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)			赤血球数 × 10 <sup>4</sup> /μl					
所見			ヘモグロビン g/dl					
3 人工透析療法			白血球数 / μl					
(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)		(平成 年 月 日)	血小板数 × 10 <sup>4</sup> /μl					
(2)人工透析開始日		回数・回/週、1回 時間	血清総蛋白 g/dl					
(3)人工透析(腹膜透析を除く)実施状況			血清アルブミン g/dl					
(4)人工透析導入後の臨床経過			BCG法・BCP法・改良型BCP法					
(5)長期透析による合併症 所見 無・有			総コレステロール mg/dl					
4 その他の所見			血液尿素窒素(BUN) mg/dl					
(1)腎移植 無・有(有の場合は移植年月日(平成 年 月 日))		経過	血清クレアチニン mg/dl					
(2)その他			eGFR ml/分/1.73m <sup>2</sup>					
			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 <sub>3</sub> <sup>-</sup> ) mEq/l					

「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。

本人の障害の程度およ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。)

障 害 の 状 態

⑬ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現症)

〔糖尿病または腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)、腎疾患(⑯)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・<br>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 <sup>4</sup> /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 ヘパトーマ治療歴 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) (合併症を認める例では、腎疾患(⑯)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 )

3 治療状況

- (1)食事療法のみ (2)経口糖尿病薬による  
(3)インスリンによる ( 単位 / 日 回 / 日 )

2 ヘモグロビンA1cおよび空腹時血糖値の推移 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設基準値	・	・	・
HbA1c (%)					
空腹時血糖値 (mg/dℓ)					

4 合併症

- (1)眼合併症 (平成 年 月 日) 裸眼 矯正  
ア 視 力 (右) \_\_\_\_\_  
(左) \_\_\_\_\_  
イ 眼底所見  
(2)神経障害 (症状・検査所見)

5 その他の所見

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および労働能力 (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

病院または診療所の名称  
所 在 地

診療担当科名  
医師氏名

印