第5号様式 （第4条関係）

身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）

氏　名	明治 大正 昭和 平成 令和　年　月　日生	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 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）　年　月　日		
⑤ 総合所見 〔将来再認定　要　・　不要〕 （再認定の時期　令和　年　月）		
⑥ その他参考となる合併症状		

上記のとおり診断し，併せて次の意見を付する。

令和　年　月　日

病院又は診療所の名称
所　在　地
電　話　番　号
診療担当科名　科
氏　名

身体障害者福祉法第15条第3項の意見

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

〔障害部位ごとの等級，障害の内容及び指数についての参考意見〕

障害部位	等級	障害の内容	指数
総　合	級	合　計	点

注意 1 この書類は，身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師が作成すること。
2 この書類には，障害の種類に応じて知事が別に定める様式による障害の状況及びこれに係る所見を記載した書類を添付すること。

（※取扱い　ハートピアかごしま 相談課 099-229-2324）

［令和3年4月版］

じん臓の機能障害の状況及び所見

（該当するものを○でかこむこと）

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　（　　mg／dℓ）
ウ　血清尿素窒素濃度　（　　mg／dℓ）
エ　24時間尿量　（　　mℓ／日）
オ　尿 所 見　（　　）
カ　eGFR（推算糸球体濾過量）　（　　mℓ／分／1.73㎡）

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（該当する項目が有の場合は，それを裏づける所見を右の〔　〕内に記入すること。）

ア　じん不全に基づく末梢神経症　（有・無）〔　　〕
イ　じん不全に基づく消化器症状　（有・無）〔　食思不振・悪心・嘔吐・下痢　〕
ウ　水分電解質異常　（有・無）
Na　　mEq/ℓ，K　　mEq/ℓ
Ca　　mEq/ℓ，P　　mg/dℓ
浮腫，乏尿，多尿，脱水，肺うつ血，
その他（　　）
エ　じん不全に基づく精神異常　（有・無）〔　　〕
オ　X線写真所見上における骨異栄養症（有・無）〔　高度，中等度，軽度　〕
カ　じん性貧血　（有・無）Hb　　g/dℓ，Ht　　%
赤血球数　　×10^4／mm^3
キ　代謝性アシドーシス　（有・無）〔 HCO_3　　mEq/ℓ 〕
ク　重篤な高血圧症　（有・無）　最大血圧／最小血圧
／　　mmHg
ケ　じん不全に直接関連する　（有・無）〔　　〕
その他の症状

4　現在までの治療内容
維持透析開始日：　　年　月　日（開始・予定）
（慢性透析療法の実施の有無（回数　　／週，期間）等）

5　日常生活の制限による分類
（制限の程度と等級の関係：ア 非該当　イ 4級相当　ウ 3級相当　エ 1級相当）

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，それ以上の活動で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。