

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 傷病の発生年月日		昭和 平成	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (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	診療録で確認 本人の申立て (年 月 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		
		手術名()		手術年月日()		年 月 日				
⑩ 計測 (平成 年 月 日計測)		身長 cm		脈拍		最大 mmHg		降圧薬服用		
		体重 kg		回/分		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) (腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(⑭)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(無・有・著)		浮腫(無・有・著)			検査項目					
食欲不振(無・有・著)		意識障害(無・有・著)			尿蛋白一日量 g/日					
頭痛(無・有・著)		尿毒症症状(無・有・著)			尿蛋白					
		アチドージス(無・有・著)			尿沈渣					
		貧血(無・有・著)			赤血球					
		腎不全に基づく神経症状(無・有)			白血球					
		消化器症状(無・有)			円柱					
		視力障害(無・有)			赤血球数 × 10 ⁴ /μl					
2 腎生検		無・有		検査年月日(平成 年 月 日)		ヘモグロビン濃度 g/dl				
所見〔		〕		ヘマトクリット %						
3 人工透析療法		(1)人工透析療法の実施の有無 無・有(CAPD、血液透析)								
		(2)人工透析開始日 (平成 年 月 日)								
		(3)人工透析実施状況 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(その所見)								
4 その他の所見(腎臓移植術を行っているときは、その実施日を記入してください。)		血清アルブミン g/dl								
		総コレステロール mg/dl								
		血液尿素窒素(BUN) mg/dl								
		血清クレアチニン濃度 mg/dl								
		内因性クレアチニン・クリアランス ml/分								
		動脈血 ph								

「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。

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) (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)

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及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

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

記 入 上 の 注 意

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日(その期間内に治ったときは、その日)において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表(以下「施行令別表」という。)に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。
〔 また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕
- 2 ③の欄は、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。
- 3 ⑨の欄の「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。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～⑩及び⑯～⑰の欄は、全て記入してください。それ以外については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。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移」の検査成績は、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。
 - (3) ⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。
 - (4) 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。」及び「継続して必要な治療を実施している。」の○又は×のいずれかに○を付してください。
 - (5) ⑬の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
 - (6) ⑬の欄の「7 治療の内容」は、⑬の欄冒頭の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)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
 - (7) ⑭の欄の「4 合併症」については、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。