

内

国民年金
厚生年金保険

診 断 書

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 令和		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 傷病の発生日 昭和 平成 令和				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 令和				年	
④ 傷病の原因 又は誘因		初診年月日(昭和・平成・令和 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・令和 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・令和 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・令和 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・令和 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ではできるが、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・令和 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																	
悪心・嘔吐 (無・有・著) 浮 腫 (無・有・著)																	
食欲不振 (無・有・著) 貧 血 (無・有・著)																	
頭 痛 (無・有・著) アシドーシス (無・有・著)																	
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)																	
2 腎 生 検 無・有 検査年月日(平成・令和 年 月 日) 所見																	
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・令和 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・令和 年 月 日)) 経過																	
(2) その他																	

(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。

「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。

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。)

