

《腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

(平成27年6月1日改正)

表面

①欄 障害の原因となった傷病名
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑨欄 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項
現在までの治療の内容などは参考となる事項をできるだけ詳しく記入してください。
また、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。

(変更)

⑫3欄 人工透析療法
人工透析療法を実施している場合は、血液透析、腹膜透析または血液濾過のうち、実施したものの全てに○をつけ、最初に実施した人工透析療法の開始日を記入してください。

様式第120号の6-(2)

(内) 国民年金 診断書 (腎疾患・肝疾患の障害用)

厚生年金保険 (糖尿病の障害用)

氏名 (フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月	日	生(歳)	性別	男・女																																																
住所 (市町村/都道府県)		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	本人の申立てによって記入してください。																																																	
④ 傷病の原因又は誘因		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																																																
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	本人の申立てによって記入してください。																																																	
⑩ 計測		身長	cm	眼拍	回/分	血圧	最大	mmHg	降圧薬服用																																																
⑪ 一般状態区分表 (平成 年 月 日)		体重	kg	【体前・後ろの両方を測んでどれか一つを○で囲んでください。】																																																					
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(⑩)の欄にも必要事項を記入してください。】																																																							
1 臨床所見		2 腎生検		3 人工透析療法		4 その他の所見																																																			
(1) 自覚症状 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) 他覚所見 検査年月日(平成 年 月 日) 所見		(3) 検査成績 (記入上の注意を参照) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1日尿蛋白量</td> <td>g/日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿蛋白/尿クレアチニン比</td> <td>g/gCr</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿蛋白 (定性)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td>× 10⁴/μl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン</td> <td>g/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td>/μl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>× 10³/μl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td>g/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td>g/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>BUN</td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清クレアチニン</td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>eGFR</td> <td>ml/分/1.73m²</td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日尿量</td> <td>ml/日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>内因性クレアチニンクリアランス</td> <td>ml/分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>動脈血(HCO₃⁻)</td> <td>meq/l</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				検査項目	検査日	結果	1日尿蛋白量	g/日		尿蛋白/尿クレアチニン比	g/gCr		尿蛋白 (定性)			赤血球数	× 10 ⁴ /μl		ヘモグロビン	g/dl		白血球数	/μl		血小板数	× 10 ³ /μl		血清総蛋白	g/dl		血清アルブミン	g/dl		BUN	mg/dl		血清クレアチニン	mg/dl		eGFR	ml/分/1.73m ²		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 ₃ ⁻)	meq/l		(4) 人工透析導入後の臨床経過 (5) 長期透析による合併症 所見	
検査項目	検査日	結果																																																							
1日尿蛋白量	g/日																																																								
尿蛋白/尿クレアチニン比	g/gCr																																																								
尿蛋白 (定性)																																																									
赤血球数	× 10 ⁴ /μl																																																								
ヘモグロビン	g/dl																																																								
白血球数	/μl																																																								
血小板数	× 10 ³ /μl																																																								
血清総蛋白	g/dl																																																								
血清アルブミン	g/dl																																																								
BUN	mg/dl																																																								
血清クレアチニン	mg/dl																																																								
eGFR	ml/分/1.73m ²																																																								
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 ₃ ⁻)	meq/l																																																								
(1) 腎移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日) 経過) (2) その他																																																									

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。)

③欄 初めて医師の診療を受けた日
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。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

(変更)

⑫1(3)欄 検査成績
過去6カ月における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。
●「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法または改良型BCP法のいずれかを○で囲んでください。
●血清クレアチニンの検査数値等をもとに「eGFR」の値を記入してください。

《お願い》

この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。
過去の障害の状態については、当時の診療録に基づいて記入してください。
診断書に記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することがありますので、ご了承ください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。



⑬2欄 Child-Pughによるgrade
該当する点数を○で囲んでください。

⑬6欄 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
「4 食道・胃などの静脈瘤」と
「5 ヘパトーマ治療歴」以外の治
療歴があれば治療経過などを記入し
てください。

⑬7欄 治療の内容
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)の治療がある場合は、必要に応
じて薬品名や「(6)その他」の内容など
を記入してください。

⑭2欄 ヘモグロビンA1c及び空腹
時血糖値の推移
過去6カ月における2回以上の検査
成績をそれぞれ記入してください。

⑰欄 予後
診断時に判断できない場合は、「不詳」
と記入してください。

病院または診療所の名称だけではなく、
所在地も忘れずに記入してください。

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(⑮)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・著) 皮膚搔痒感 (無・有・著) (有(難治性)) 有痛性筋痙攣 (無・有・著) 黄疸 (無・有・著) 吐血・下血 (無・有・著) 腹壁静脈怒張 (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/d ALT(GPT) IU/d γ-GTP IU/d 血清総ビリルビン mg/dl アルブミン g/dl 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 プロトロンビウム % 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 アルブミン 肝硬変の場合 80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)	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)
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	
⑭ 糖尿病 (平成 年 月 日現症) (合併併症を認める例では、腎疾患(⑮)の欄にも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)
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 診療担当科名 所在地 医師氏名 印	

⑬1(3)欄 検査成績
過去6カ月における2回以上の検査成
績をそれぞれ記入してください。

- 「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法または改良型BCP法のいずれかを○で囲んでください。
- 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。」と「継続して必要な治療を実施している。」の○または×のいずれかを検査日ごとに○で囲んでください。

⑬8(1)欄 肝移植
移植を受けたものは、術後の症状、治療経過、検査成績を「経過」に具体的に記入してください。
また、肝移植後の予後についても、「⑰予後」欄に記入してください。

⑭4欄 合併症
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。

⑯欄 現症時の日常生活活動能力及労働能力
現症時の日常生活活動能力については、介助が必要かどうか、また、労働能力についても必ず記入してください。

⑱欄 備考
本人の状態について特記すべきことがあれば記入してください。