様式第6号

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(腎臓疾患用)

① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	平成 令和 年 月 日	
③ 住所			④ 疾病の原因となった傷病名		
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	平成 令和 年 月 日		⑥ 傷病発生年月日	平成 令和 年 月 日	
⑦ 障害が永続すると判定された日	平成 令和 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有 (年後) ・ 無	

障 害 の 状 態

⑨ 腎臓疾患(令和 年 月 日現症)

1 臨床所見

(1) 自覚症状

悪心・嘔吐(無・有・著)
食欲不振(無・有・著)
頭痛(無・有・著)
呼吸困難(無・有・著)

(2) 他覚所見

浮腫(無・有・著)
貧血(無・有・著)
腎不全に基づく
神経症状(無・有・著)
視力障害(無・有・著)
低身長(無・有・著)

(3) 尿毒症性心包炎 (無 ・ 有)

(4) 尿毒症性出血傾向 (無 ・ 有)

(5) 尿毒症性中枢神経症状 (無 ・ 有)

2 腎生検 無 ・ 有

検査年月日(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 (令和 年 月 日)

(3) 人工透析(腹膜透析除く。)

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

(6) 検査成績

検査項目 \ 検査日	・ ・	・ ・	・ ・
夜間尿蓄尿蛋白量 mg/hr/㎡			
早朝尿蛋白量/クレアチニン比 g/gクレアチニン			
赤血球数 ×10⁴/μℓ			
ヘモグロビン g/dℓ			
白血球数 /μℓ			
血小板数 ×10⁴/μℓ			
血清総蛋白 g/dℓ			
血清アルブミン値 g/dℓ			
BCG法 ・ BCP法 ・ 改良型BCP法			
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 mg/dℓ			
eGFR mℓ/分			
1日尿量 mℓ/日			
内因性クレアチニン・クリアランス mℓ/分			
血液ガス分析(アシドーシスの有無)	無・有・著	無・有・著	無・有・著

4 その他の所見

(1) 腎移植 無 ・ 有 (有の場合は移植年月日(令和 年 月 日))

経過

(2) その他

⑩ 活動能力の程度(該当するものどれか一つを選んで○で囲んでください。)

1 普通の生活については著しく制限されることがないもの
2 家庭内での普通の生活又は社会での極めて温和な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
3 家庭内での極めて温和な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
4 自己の身辺の日常生活活動を著しく制限されるもの

⑪ 備考	

上記のとおり診断します。

令和 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

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。
◎字は楷書ではっきりと書いてください。

（裏　面）

注意

1　　この診断書は、障害児福祉手当（福祉手当）の受給資格を認定するための資料の一つです。

　　この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。

2　　○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。

3　　⑤の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。

　　また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。

4　　⑨の欄の「１　臨床所見」の検査成績は、過去３か月間において、症状を最もよく表している検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入してください。

5　　⑨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。