

(内)

氏 名		昭和 年 月 日生(歳)		男 ・ 女	
住 所		住所地の郵便番号		郡市 町区 区 村	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		昭和 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		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 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		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	
⑦ 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	
		手術歴		手術名() 手術年月日(年 月 日)	
⑩ 計 測		身長 cm		最大 mmHg	
(平成 年 月 日計測)		体重 kg		最小 mmHg	
		脈 拍		回/分	
				降圧薬服用 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ト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		(2) 他覚所見		(3) 検査成績 (記入上の注意を参照)	
(1) 自覚症状		浮腫 (無・有・著)		検査日	
悪心 (無・有・著)		意識障害 (無・有・著)		検査項目	
食欲不振 (無・有・著)		尿毒症症状 (無・有・著)		尿蛋白一日量 g/日	
頭痛 (無・有・著)		アチドーシス (無・有・著)		尿蛋白	
		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				白血球数 /μl	
(1) 人工透析療法の実施の有無 無・有 (CAPD、血液透析)				血小板数 ×10 ⁴ /μl	
(2) 人工透析開始日 (平成 年 月 日)				血清総蛋白 g/dl	
(3) 人工透析実施状況 回数・回/週、1回 時間				血清アルブミン g/dl	
(4) 人工透析導入後の臨床経過				総コレステロール mg/dl	
(5) 長期透析による合併症 無・有 (その所見)				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	
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。)					

(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。

(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。

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 (2) 他覚所見 (1) 自覚症状 悪心 (無・有・著) 食欲不振 (無・有・著) かゆみ (無・有・著) 全身倦怠 (無・有・著) 発熱 (無・有・著) 黒色便 (無・有・著)	黄疸 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著) 腹壁静脈拡張 (無・有・著) 肝萎縮 (無・有・著) 脾種大 (無・有・著) 腹水 (無・有・著) 意識障害 (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) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設基準値</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>GOT (AST)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GPT (ALT)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GTP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総ビリルビン mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALP(アルカリホスファターゼ)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白 g/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン g/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ZTT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>TTT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数 ×10⁴/μl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ヘパラスチン値</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>時間</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>延長秒</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>CHE (コリンエステラーゼ)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総コレステロール mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		検査項目	検査日	施設基準値				GOT (AST)						GPT (ALT)						γ-GTP						総ビリルビン mg/dl						ALP(アルカリホスファターゼ)						血清総蛋白 g/dl						血清アルブミン g/dl						A/G比						ZTT						TTT						血小板数 ×10 ⁴ /μl						ヘパラスチン値						プロトロンビン						時間						延長秒						CHE (コリンエステラーゼ)						総コレステロール mg/dl						血中アンモニア						AFP						PIVKA-2					
検査項目	検査日	施設基準値																																																																																																																															
GOT (AST)																																																																																																																																	
GPT (ALT)																																																																																																																																	
γ-GTP																																																																																																																																	
総ビリルビン mg/dl																																																																																																																																	
ALP(アルカリホスファターゼ)																																																																																																																																	
血清総蛋白 g/dl																																																																																																																																	
血清アルブミン g/dl																																																																																																																																	
A/G比																																																																																																																																	
ZTT																																																																																																																																	
TTT																																																																																																																																	
血小板数 ×10 ⁴ /μl																																																																																																																																	
ヘパラスチン値																																																																																																																																	
プロトロンビン																																																																																																																																	
時間																																																																																																																																	
延長秒																																																																																																																																	
CHE (コリンエステラーゼ)																																																																																																																																	
総コレステロール mg/dl																																																																																																																																	
血中アンモニア																																																																																																																																	
AFP																																																																																																																																	
PIVKA-2																																																																																																																																	
2 Child-Pughによるgrade A 5~6 B 7~9 C 10以上																																																																																																																																	
3 食道静脈瘤 (1) 無・有 (内視鏡による、X線造影による、その他 ()) (2) 吐血、下血の既往歴 無・有 (回) (3) 内視鏡記載基準 (該当するものに○をつけてください。) L(s, m, i)、F(0, 1, 2, 3)、C(w, b)、RC(-, +)、Lg(無・有) (4) 治療状況 無・有 硬化療法 (回) その他の療法 (手技 回)																																																																																																																																	
4 ヘパトーマ治療歴 無・有 ・手術 回 ・動脈塞栓術 回 ・エタノール局注 回 ・ラジオ波、マイクロ波治療 回		5 肝生検 無・有 検査年月日 (平成 年 月 日) 所見 []																																																																																																																															
6 治療の内容 (1) 利尿薬 (無・有) () (2) 特殊アミノ酸製剤 (無・有) (3) 血小板輸血 (無・有) (4) アルブミン・血漿製剤 (無・有) (5) その他 ()		7 その他の所見 (1) 肝移植 (無・有 経過 ()) (2) その他 (超音波・CT検査等) (平成 年 月 日) (ウイルス性肝炎については、IFN療法の有無とその結果、効果、およびHCCの有無、経過についても記入してください。)																																																																																																																															
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) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設基準値</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>HbA1c (%)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>空腹時血糖値 (mg/dl)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		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)																																																																																																													
検査項目	検査日	施設基準値																																																																																																																															
HbA1c (%)																																																																																																																																	
空腹時血糖値 (mg/dl)																																																																																																																																	
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 (必ず記入して下さい)																																																																																																																																	
⑰ 予 後 (必ず記入して下さい)																																																																																																																																	
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 国 市 町 地	診療担当科名 医師氏名
--------------------------	----------------

(捺印) 本人の署名、捺印又は捺印に代る捺印には「記号」を必ず記すこと

記入上の注意

- 1 この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員保険の障害給付を受けようとする人が、その裁定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、厚生年金保険法施行令別表又は船員保険法施行令別表（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、厚生年金保険又は船員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断日ではなく、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) ①～⑪及び⑯～⑲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カ月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。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を実施後の検査成績を記入して下さい。
 - (3) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3カ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。