

《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)

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。

(内) 国民年金 診断書 (腎疾患・肝疾患の障害用) 様式第120号の6-(2)  
厚生年金保険 (糖尿病の障害用)

氏名 (フリガナ) 氏名		生年月日 昭和 年 月 日生 (歳)		性別 男・女	
住所 〒 市 区		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 年 月 日 平成 年 月 日		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日 昭和 年 月 日 平成 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も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		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 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 回/分	
体重 kg		血圧 最大 mmHg		降圧薬服用 有・無	
⑪ 一般状態区分表(平成 年 月 日)		⑫ 1 (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。			
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		● 「血清アルブミン」については、B C G法、B C P法または改良型B C P法のいずれかを○で囲んでください。			
イ 軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や作業はできるもの		● 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。			
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もの、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居しているもの		⑬ (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。			
エ 身のまわりのある程度はできるが、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		● 「血清アルブミン」については、B C G法、B C P法または改良型B C P法のいずれかを○で囲んでください。			
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		● 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。			
⑬ 腎疾患 (平成 年 月 日現症)		⑭ 検査成績 (記入上の注意を参照)			
1 臨床所見		検査項目			
(1) 自覚症状		検査日			
(2) 他覚所見		検査日			
悪心・嘔吐 (無・有・著)		1日尿蛋白量 g/日			
食欲不振 (無・有・著)		尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr			
浮腫 (無・有・著)		尿蛋白 (定性)			
貧血 (無・有・著)		赤血球数 × 10 <sup>9</sup> /μl			
頭痛 (無・有・著)		ヘモグロビン g/dl			
呼吸困難 (無・有・著)		白血球数 /μl			
腎不全に基づく神経症状(無・有・著)		血小板数 × 10 <sup>9</sup> /μl			
視力障害(無・有・著)		血清総蛋白 g/dl			
2 腎生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)		血清アルブミン g/dl			
3 人工透析療法		血清クレアチニン mg/dl			
(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)		BUN mg/dl			
(2)人工透析開始日 (平成 年 月 日)		eGFR ml/分/1.73m <sup>2</sup>			
(3)人工透析(腹膜透析を除く)実施状況 回数 回/週、1回 時間		1日尿量 ml/日			
(4)人工透析導入後の臨床経過		内因性クレアチン・クリアランス ml/分			
(5)長期透析による合併症 所見 無・有		動脈血(HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ) mEq/l			
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 年 月 日)経過)					
(2)その他					

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)

⑫ 1 (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、B C G法、B C P法または改良型B C P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。

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。)

※ 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。

**⑬ 1 (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。

**⑬ 8 (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。

**⑭ 4 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 現時の日常生活活動能力及び労働能力**  
現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。

**⑰ 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。

障 害 の 状 態					
⑬ 肝疾患 (平成 年 月 日現症) <small>(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。)</small>					
1 臨床所見 (1)自覚症状 全身倦怠感 (無・有・著) 発熱 (無・有・著) 食欲不振 (無・有・著) 悪心・嘔吐 (無・有・著) 皮膚さそう痒感 (無・有・著) 有痛性筋痙攣 (無・有・著) 吐血・下血 (無・有・著)	(2)他覚所見 肝萎縮 (無・有・著) 脾腫大 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著) 腹水 (無・有・著) 有(難治性) 黄疸 (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 <small>(記入上の注意を参照)</small>					
検査項目	検査日	施設 基準値	・	・	・
AST(GOT) IU/dl					
ALT(GPT) IU/dl					
γ-GTP IU/dl					
血清総ビリルビン mg/dl					
アルブミン 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 <sup>4</sup> /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					
180日以上アルコールを摂取していない (○・×) (○・×) (○・×)					
アルコール性肝硬変の場合 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 具体的な内容					
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) <small>(腎合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。)</small>					
1 病型 <small>(いずれかの病型に○を付してください。)</small> (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 <small>(記入上の注意を参照)</small>		4 合併症 (1)眼合併症 (平成 年 月 日) 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) <small>(自覚症状・他覚所見・検査成績等)</small>					
⑯ 現時の日常生活活動能力及び労働能力 <small>(必ず記入してください。)</small>					
⑰ 予後 <small>(必ず記入してください。)</small>					
⑰ 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	

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

**⑬ 6 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。

**⑬ 7 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。

**⑭ 2 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なく、所在地も忘れずに記入してください。