

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	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住所			④ 疾病の原因となつた傷病名	
⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有（ 年後 ） ・ 無
現	⑨ 臨床所見（該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を〔 〕に記入して下さい。）		⑪ 活動能力の程度（該当するものどれか一つを選んで○でかこんで下さい。）	
	(1) 尿毒症性心包炎 (有・無)〔 〕 (2) 尿毒症性出血傾向 (有・無)〔 〕 (3) 尿毒症性中枢神経症状 (有・無)〔 〕 (4) 腎性浮腫 (全身・軽度・無) ( 日間 )〔 〕 (5) その他の臨床所見 ( )〔 〕			
症	⑩ 腎機能検査成績（平成 年 月 日）		⑫ 人工透析療法の実施状況	
	(1) 内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分)・測定不能 (2) 血清クレアチニン濃度 ( mg / dl ) (3) 血清尿素窒素濃度 ( mg / dl ) (4) 尿所見 ( ・尿蛋白 / 日量 g ) (5) 24時間尿量 ( ml / 日 ) (6) その他の参考となる検査所見			
⑬ 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 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下さい。

◎ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

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おそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。

2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。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下さい。

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じめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。

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下さい。また、それが不明な場合には、その旨を記入して下さい。

4 腎機能の検査成績は、過去3カ月間において、病状を最もよく表わしている成績を記入して下さい。

なお、人工透析療法を受けている者の場合は、当該療法実施前の検査成績により記入して下さい。