

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(じん臓疾患用)

(ふりがな)				明治 大正 昭和 平成		年 月 日	
① 氏 名		男・女	② 生 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	昭和 平成	年 月 日	⑥ 傷 病 発 生 年 月 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 症	⑨ 臨床所見 (該当する項目が有の場合は、それを裏付 ける所見を [] に記入してください。)		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) 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) じん臓浮腫(全身・軽度・無) (日間) [] (5) その他の臨床所見 ()		(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) 自己の身の辺の日常生活活動を著しく制限されるもの				
	⑩ じん臓機能検査成績 (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 (・ 尿たん白1日量 g) (5) 24時間尿量 (ml/日) (6) その他参考となる検査所見		有 (回数 / 週 ・ 期間) 無				
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ください。

◎ 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 じん機能の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。
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ください。