

内

国民年金  
厚生年金保険

診 断 書

(腎疾患・肝疾患  
糖尿病の障害用)

|   |                          |                     |   |     |               |            |                           |       |
|---|--------------------------|---------------------|---|-----|---------------|------------|---------------------------|-------|
| (フリガナ)<br>氏名  | 生年月日                     |                     | 昭和<br>平成<br>令和                            | 年   | 月             | 日生(歳)      | 性別                        | 男・女   |
| 住 所   | 住所地の郵便番号                 |                     | 都道府県                                      |     | 市区            |            |                           |       |
| ① 障害の原因<br>となった<br>傷病名  | ② 傷病の発生日                 |                     | 昭和<br>平成<br>令和                            | 年   | 月             | 日          | 診療録で確認<br>本人の申立て<br>(年月日) |       |
|   | ③ ①のため初めて医<br>師の診療を受けた日  |                     | 昭和<br>平成<br>令和                            | 年   | 月             | 日          | 診療録で確認<br>本人の申立て<br>(年月日) |       |
| ④ 傷病の原因<br>又は誘因   | 初診年月日(昭和・平成・令和<br>年 月 日) | ⑤ 既存<br>障害          | ⑥ 既往症                                     |     |               |            |                           |       |
| ⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療<br>の効果が期待できない状態を含<br>む。)かどうか。                      | 傷病が治っている場合……… 治った日 平成・令和 |                     | 年   | 月   | 日             | 確 認<br>推 定 |                           |       |
|   | 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<br>おける初診時所見<br>初診年月日<br>(昭和・平成・令和 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<br>(平成・令和 年 月 日計測)  | 身長                       | cm                  | 脈 拍                                       | 回/分 | 血 圧           | 最大         | mmHg                      | 降圧薬服用 |
|   | 体重                       | kg                  |   |     | 最小            | mmHg       | 無・有                       |       |
| ⑪ 一般状態区分表 (平成・令和 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ド周辺に限られるもの             |                          |                     |   |     |               |            |                           |       |
| 障 害 の 状 態   |                          |                     |   |     |               |            |                           |       |
| ⑫ 腎 疾 患 (平成・令和 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  |                          |                     | (3) 検査成績 (記入上の注意を参照)                      |     |               |            |                           |       |
| (1) 自覚症状  |                          | (2) 他覚所見            | 検査日                                       |     |               |            |                           |       |
| 悪心・嘔吐 (無・有・著)   |                          | 浮腫 (無・有・著)          | 検査項目                                      |     |               |            |                           |       |
| 食欲不振 (無・有・著)  |                          | 貧血 (無・有・著)          | 1日尿蛋白量 g/日                                |     |               |            |                           |       |
| 頭痛 (無・有・著)  |                          | アシドーシス (無・有・著)      | 尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr                        |     |               |            |                           |       |
| 呼吸困難 (無・有・著)  |                          | 腎不全に基づく神経症状 (無・有・著) | 尿蛋白 (定性)                                  |     |               |            |                           |       |
|   |                          | 視力障害 (無・有・著)        | 赤血球数 $\times 10^4/\mu\text{l}$            |     |               |            |                           |       |
|   |                          |                     | ヘモグロビン g/dl                               |     |               |            |                           |       |
|   |                          |                     | 白血球数 $/\mu\text{l}$                       |     |               |            |                           |       |
|   |                          |                     | 血小板数 $\times 10^4/\mu\text{l}$            |     |               |            |                           |       |
|   |                          |                     | 血清総蛋白 g/dl                                |     |               |            |                           |       |
|   |                          |                     | 血清アルブミン 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/1.73m <sup>2</sup>              |     |               |            |                           |       |
|   |                          |                     | 1日尿量 ml/日                                 |     |               |            |                           |       |
|   |                          |                     | 内因性クレアチニンクリアランス ml/分                      |     |               |            |                           |       |
|   |                          |                     | 動脈血(HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ) mEq/l |     |               |            |                           |       |
| 2 腎生検 無・有 検査年月日(平成・令和 年 月 日)  |                          |                     |   |     |               |            |                           |       |
| 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 (平成・令和 年 月 日)   |                          |                     |   |     |               |            |                           |       |
| (3) 人工透析(腹膜透析を除く)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  |                          |                     |   |     |               |            |                           |       |
| 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・令和 年 月 日))                                 |                          |                     |   |     |               |            |                           |       |
| 経過  |                          |                     |   |     |               |            |                           |       |
| (2) その他   |                          |                     |   |     |               |            |                           |       |

(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。

本人の申立ての場合、それを聴取した年月日を記入してください。

文

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、

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。)

| 障 害 の 状 態  |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
|--|----------------------|--|----------|----------|-------|-----|------------------|---|---|---|----------------|--------------------|----------|----------|----------|----------|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|---|------------|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--------------|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------|-------|
| ⑬ 肝 疾 患 (平成・令和 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   |                      | (3) 検査成績 (記入上の注意を参照)   |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| (1) 自覚症状<br>全身倦怠感 (無・有・著)<br>発熱 (無・有・著)<br>食欲不振 (無・有・著)<br>悪心・嘔吐 (無・有・著)<br>皮膚そう痒感 (無・有・著)<br>有痛性筋痙攣 (無・有・著)<br>吐血・下血 (無・有・著)  |                      | (2) 他覚所見<br>肝萎縮 (無・有・著)<br>脾腫大 (無・有・著)<br>浮腫 (無・有・著)<br>腹水 (無・有・有(難治性))<br>黄疸 (無・有・著)<br>腹壁静脈怒張 (無・有・著)<br>肝性脳症 (無・有・(度))<br>出血傾向 (無・有・著)  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 2 Child-Pughによるgrade<br>A (5・6) B (7・8・9) C (10・11・12以上)   |                      | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設標準値</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST (GOT) IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT (GPT) IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GTP IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総ビリルビン mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ IU/l</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>BCG法・BCP法<br/>・改良型BCP法</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>血小板数 ×10<sup>4</sup>/μl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン時間 %</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 μg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP ng/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II mAU/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td rowspan="2">アルコール性肝硬変の場合</td> <td>180日以上アルコールを摂取していない。</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> </tr> <tr> <td>継続して必要な治療を実施している。</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> </tr> </tbody> </table> |          |          | 検査項目  | 検査日 | 施設標準値            | ・ | ・ | ・ | AST (GOT) IU/l |                    |          |          |          |          | ALT (GPT) IU/l                     |       |       |       |       |   | γ-GTP IU/l |  |  |  |  |  | 血清総ビリルビン mg/dl |  |  |  |  |  | アルカリホスファターゼ IU/l |  |  |  |  |  | 血清総蛋白 g/dl |  |  |  |  |  | 血清アルブミン g/dl |  |  |  |  |  | BCG法・BCP法<br>・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 |  |  |  |  |  | アルコール性肝硬変の場合 | 180日以上アルコールを摂取していない。 | (○・×) | (○・×) | (○・×) | (○・×) | 継続して必要な治療を実施している。 | (○・×) | (○・×) | (○・×) | (○・×) |
| 検査項目   | 検査日                  | 施設標準値  | ・        | ・        | ・     |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| AST (GOT) IU/l   |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| ALT (GPT) IU/l   |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| γ-GTP IU/l   |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 血清総ビリルビン mg/dl   |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| アルカリホスファターゼ IU/l   |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 血清総蛋白 g/dl   |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 血清アルブミン g/dl   |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| BCG法・BCP法<br>・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  |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| アルコール性肝硬変の場合   | 180日以上アルコールを摂取していない。 | (○・×)  | (○・×)    | (○・×)    | (○・×) |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
|  | 継続して必要な治療を実施している。    | (○・×)  | (○・×)    | (○・×)    | (○・×) |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 3 肝生検 無・有 検査年月日 (平成・令和 年 月 日)<br>所見 グレード ( ) ステージ ( )  |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 4 食道・胃などの静脈瘤<br>(1) 無・有 検査年月日 (平成・令和 年 月 日)<br>(2) 吐血・下血の既往 無・有 ( 回)<br>(3) 治療歴 無・有 ( 回)   |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 5 ヘパトーマ治療歴 無・有<br>・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回<br>・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  |                      | 8 その他の所見<br>(1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日 (平成・令和 年 月 日)) 経過<br><br>(2) その他 (超音波・CT・MRI検査等) (平成・令和 年 月 日)   |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 7 治療の内容<br>(1) 利尿剤 (無・有) (4) アルブミン・血漿製剤 (無・有)<br>(2) 特殊アミノ酸製剤 (無・有) (5) 血小板輸血 (無・有)<br>(3) 抗ウイルス療法 (無・有) (6) その他<br>具体的内容  |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| ⑭ 糖 尿 病 (平成・令和 年 月 日 現症) (腎合併症を認める例では、腎疾患 (⑫) の欄にも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。)<br>(1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病<br>(3) その他の型 (病名 )   |                      | 4 血糖コントロールの困難な状況<br>(1) 意識障害により自己回復ができない重症低血糖 無・有 ( 回/年)<br>(2) 糖尿病ケトアシドーシスによる入院 無・有 (入院 回/年)<br>(3) 高血糖高浸透圧症候群による入院 無・有 (入院 回/年)<br>所見  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 2 検査成績 (記入上の注意を参照)   |                      | 5 合併症 症状・所見等<br>(1) 眼の障害 無・有 ( )<br>(2) 神経系統の障害 無・有 ( )<br>(3) 肢体の障害 無・有 ( )   |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>HbA1c (NGSP) (%)</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)</td> <td>空腹・食後 時間</td> <td>空腹・食後 時間</td> <td>空腹・食後 時間</td> <td>空腹・食後 時間</td> </tr> <tr> <td>各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> </tr> <tr> <td>空腹時又は随時血清Cペプチド値 (ng/mL) 空腹・随時 (検査日 年 月 日)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                      | 検査項目   | 検査日      | ・        | ・     | ・   | HbA1c (NGSP) (%) |   |   |   |                | 空腹時又は食後血糖値 (mg/dL) | 空腹・食後 時間 | 空腹・食後 時間 | 空腹・食後 時間 | 空腹・食後 時間 | 各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している | (○・×) | (○・×) | (○・×) | (○・×) | 空腹時又は随時血清Cペプチド値 (ng/mL) 空腹・随時 (検査日 年 月 日) |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 検査項目   | 検査日                  | ・  | ・        | ・        |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| HbA1c (NGSP) (%)   |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)   | 空腹・食後 時間             | 空腹・食後 時間   | 空腹・食後 時間 | 空腹・食後 時間 |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している   | (○・×)                | (○・×)  | (○・×)    | (○・×)    |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 空腹時又は随時血清Cペプチド値 (ng/mL) 空腹・随時 (検査日 年 月 日)  |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| 3 治療状況<br>(1) インスリンによる (薬剤名 ) 単位/日, 回/日, 単位/kg(体重)<br>(2) インスリン以外の治療による (具体的な治療 )  |                      |  |          |          |       |     |                  |   |   |   |                |                    |          |          |          |          |                                    |       |       |       |       |   |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |              |                      |       |       |       |       |                   |       |       |       |       |
| ⑮ その他の代謝疾患 (平成・令和 年 月 日 現症)<br>(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。

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