



じん臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲んでください。)

- 1 じん臓機能 (慢性透析療法を実施している場合は透析療法開始直前の検査所見を記入してください。)
- ア 血清クレアチニン濃度 (            mg/dl)
- イ 内因性クレアチンクリアランス値 (            ml/分) ~~12歳未満の小児例のみ記入してください。~~
- 2 臨床症状 (該当する項目が有の場合は、それを裏付ける所見を右の [ ] 内で○で囲み、数値を記入してください。)

(水分電解質異常について)

- (1) 体液貯留による症状 ( 有 ・ 無 ) [ 全身性浮腫、肺水腫、胸水、腹水 ]
- (2) 体液異常の症状 ( 有 ・ 無 ) [ 管理不能な電解質異常  
Na            mEq/l、K            mEq/l  
Ca            mg/dl    P            mg/dl  
酸塩基平衡異常(代謝性アシドーシス)  
HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>            mEq/l ]
- (3) じん臓不全に基づく消化器症状 ( 有 ・ 無 ) [ 悪心、嘔吐、食思不振、下痢 ]
- (4) 循環器症状 ( 有 ・ 無 ) [ 重篤な高血圧            /            mmHg  
心不全、心包炎、著しい全身性血管障害 ]
- (5) じん臓不全に基づく神経症状 ( 有 ・ 無 ) [ 中枢・末梢神経障害、精神障害 ]
- (6) 血液異常症状 ( 有 ・ 無 ) [ じん臓性貧血 (Epo 抵抗性又は禁忌の重症貧血)  
Hb            g/dl、Ht            %  
赤血球数            ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>  
出血傾向 ]

(じん臓不全に直接関連するその他の症状)

- (7) 視力障害 ( 有 ・ 無 ) [ 尿毒症性網膜症、糖尿病性網膜症 ]
- (8) 栄養障害症状 ( 有 ・ 無 ) [ 血清アルブミン値            g/dl ]

3 現在までの治療内容

慢性透析療法の実施 ( 有 ・ 無 ) [回数            /週、 期間]

4 日常生活障害度

- ア 日常生活に支障がないもの
- イ 通勤、通学あるいは家庭内労働が困難となったもの
- ウ 日常生活が著しく制限されるもの
- エ 起床できないもの

神奈川県身体障害者障害程度認定に関する要綱の別表4に基づく診断が適当と判断する場合は、下記の事項を記入してください

血清クレアチニン濃度又は内因性クレアチンクリアランス値	点
2の臨床症状の該当数 (            個)	点
慢性透析療法の実施	点
日常生活障害度	点
年齢 (10歳未満又は70歳以上)	点