

【指定医の皆様へー診断書・意見書作成にあたってのお願い(じん臓機能障害用)ー】

身体障害者手帳の認定につきましては、日頃よりご協力を賜り誠にありがとうございます。ご理解を賜りますようお願いいたします。

申請者にすみやかに手帳を交付するため、診断書・意見書を作成される際には本県より配布しております冊子『身体障害者障害程度等級表及び身体障害認定要領』をご参照いただくとともに、以下の点についてもご留意の上、ご記載いただきますようお願いいたします。

1. 診断書・意見書 総括表について

発症からの治療や病状の経過及び現症について障害認定に必要な事項を明記してください。(治療によって改善が期待されず、不可逆性の慢性腎不全であることがわかるよう、検査所見の経過等を記載してください。)

発症年月日が不明確な場合は推定年月日や初診日等を記載してください。

2. じん臓の機能障害の状況及び所見について**(1) 各種検査所見(数値)について**

「1腎機能」及び「3臨床症状」について、認定の指標となる、内因性クレアチンクリアランス値及び血清クレアチニン濃度・臨床症状(所見)のみでなく、その他の検査所見(数値)も必要となりますので、有無を含め必ず記入してください。(内因性クレアチンクリアランス値の測定が不能の際にはその理由を記載してください。)

また、3級及び4級の認定には血清クレアチニン濃度に替えてeGFR(推算糸球体濾過量)を適用することができます。

(2) 「4現在までの治療内容」について

透析療法実施の要否、有無とその内容(導入日、導入実施予定日、頻度)について記載してください。

(3) 「5日常生活の制限による分類」について

障害程度を判断する際に必要となるため、該当項目を選択してください。「日常生活の制限」の程度と等級の関係は概ね次のとおりです。

ア：非該当 イ：4級相当 ウ：3級相当 エ：1級相当

3 その他留意事項**(1) 障害固定時期の目安**

原則、3か月の症状が安定した期間を確認して障害固定としております。

腎機能障害が高度であっても、急性発症の場合は3か月以上の経過観察が必要です。発症早期の診断は症状固定と判定されませんのでご留意ください。

【ご不明な点についてはこちらへお問い合わせください】

愛知県中央児童・障害者相談センター

TEL：052-961-7253 FAX：052-950-2355

愛知県西三河児童・障害者相談センター

TEL：0564-27-2889 FAX：0564-27-2816

愛知県東三河児童・障害者相談センター

TEL：0532-35-6150 FAX：0532-54-6466