

氏名	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生	男・女
住所			
① 障害名（部位を明記） じん臓機能障害			
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災 自然災害、疾病、先天性、その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日 昭和 平成 年 月 日・場所 令和			
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）			
		障害固定又は障害確定(推定)	昭和 平成 年 月 日 令和
⑤ 総合所見			
〔 将来再認定 要（軽度化・重度化）・不要 〕 再認定年月 令和 年 月			
⑥ その他の参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 令和 年 月 日 指定医師勤務先 (所在地・名称・電話番号) 診療担当科名 科 医師氏名			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見		〔障害程度等級についても参考意見を記入〕	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当する (級相当) ・該当しない			

- 〔注意〕
1. 障害名には現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳血管障害、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。
 2. 障害区分や等級決定のため、東大阪市から改めて診断内容についてお問い合わせする場合があります。

4. 現在までの治療内容

[慢性透析療法の実施の有無 (回数 /週、期間) 等]

(慢性透析開始年月 令和 年 月)

5. 日常生活の制限による分類

ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの。

イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活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。

ウ 家庭内での極めて温和な日常生活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。

エ 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。

6. 血液浄化治療の要否

ア 血液浄化を目的とした治療を要する。

イ 近い将来に治療が必要 (月後)

(注)慢性透析療法を実施している者の障害認定は、当該療法の実施前の状態で判定します。