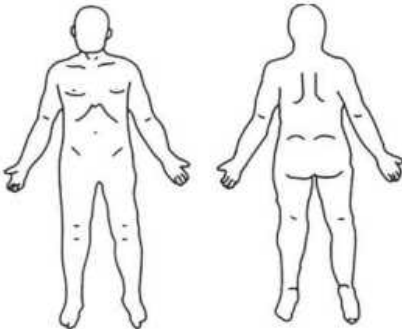


氏名		生年月日	年 月 日
傷病名		負傷又は発病年月日	年 月 日
		初診年月日	年 月 日
障害の部位		治ゆ(症状固定)年月日	年 月 日
既往症		既存障害	
主な療養内容及び経過			
障害の状態及びX P等の所見	(図で示すことができるものは図解して下さい。)		
			
労災保険制度のアフターケアの必要性	有 無	(有無のいずれかに○をしてください。 なお、アフターケアの対象となるケガや病気は定められており、一定の障害等級などを対象者の要件としています。)	
関節の機能障害の有無	有 無	(有無のいずれかに○をしてください。 なお、有の場合は裏面の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記載して下さい。)	
上記のとおり診断します。			
所在地			
年 月 日			
名称			
診断担当者氏名			

(裏面あり)

上 下 肢 等 関 節 角 度 測 定 表

関節名 部位		中手(足)指節関節		指節間関節		部位		左	右
		左	右	左	右				
母 指 [第1足指]	屈 曲					母指	橈側外転		
	伸 展						掌側外転		
関節名 部位		中手(足)指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節			
		左	右	左	右	左	右		
示 指 [第2足指]	屈 曲								
	伸 展								
中 指 [第3足指]	屈 曲								
	伸 展								
環 指 [第4足指]	屈 曲								
	伸 展								
小 指 [第5足指]	屈 曲								
	伸 展								
運動方向 部位		屈 曲(前屈)	伸 展(後屈)	回 旋		側 屈		左	右
				左	右	左	右		
頸 部									
胸 腰 部									
部位 運動方向		手関節		足関節		ひじ関節		ひざ関節	
		左	右	左	右	左	右	左	右
屈 曲(掌屈・底屈)									
伸 展(背屈)									
橈 屈				部位 運動方向	肩関節		股関節		
尺 屈					左	右	左	右	
部位 運動方向		前腕		屈 曲(前方拳上)					
		左	右	伸 展(後方拳上)					
回 内				外 転(側方拳上)					
回 外				内 転					
				外 旋					
				内 旋					

【注意】

- 1 本測定表のうち、必要部分のみ記載して下さい。
- 2 患側のみならず健側も測定して下さい。
- 3 原則、他動運動により測定して下さい。自動運動で測定した場合には、その理由を記載して下さい。

自動運動で測定した理由

労働者災害補償保険
障害の状態に関する診断書

① 氏 名		② 生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日								
③ 負傷(発症) 年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	④ 治 癒 年 月 日	昭和 平成 令和								
⑤ 傷 病 名												
⑥ 障害の部位												
⑦ 障 害 の 状 態 の 詳 細	計測部位又は検査の種類											
					計 測 又 は 検 査 の 結 果							
	検査の結果											
⑧ 日常生活の状況 (該当する事項の 項目に✓を記入し て下さい。)	(1) 行 動 能 力	<input type="checkbox"/> ①終日臥床 <input type="checkbox"/> ②自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/> ③通院(単独歩行)できる <input type="checkbox"/> ④①全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> ③支障がない <input type="checkbox"/> ④①全く自用を弁じない <input type="checkbox"/> ②他人の介助によってできる <input type="checkbox"/> ③支障がない <input type="checkbox"/> ④①常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/> ②随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/> ③通院可能であるが就労できない <input type="checkbox"/> ④支障がない <input type="checkbox"/> ⑤①完全な失語あるいは構音機能のそう失 <input type="checkbox"/> ②他人との間でようやく意思が通じあう ことができる <input type="checkbox"/> ③支障がない										
	(2) 食 事											
	(3) 用 便											
	(4) 精 神 能 力											
	(5) 言 語 能 力											

以上のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院又は
診療所の

所在地


名称

診療を行った医師の氏名

(電話

)

(注) ⑧については、介護（補償）給付を受給している方のみ記入してください。

労働者災害補償保険										診断書										(じん肺用)									
1氏名等					(男・女)					2生年月日					明大昭平令 年 月 日														
3疾病名					〔じん肺及び合併症の種類がわかるように記入して下さい。〕					4					じん肺管理区分が管理4(又は4症度)又は管理2若しくは管理3で合併症にかかっていると決定された年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日														
5既往概要					(胸部に関する既往症について記入して下さい。)																								
6過去1年間の療養の内容及び経過の概要					(治療を受けた期間) 自 年 月 日 至 年 月 日 (主たる治療及び経過)																								
7 エックス線写真による検査				4. エックス線写真の像 イ. 小陰影の区分 (0/_ 0/0 0/1 1/0 1/1 1/2 2/1 2/2 2/3 3/2 3/3 3/+) <table><tr><td>像</td><td>区 分</td><td>タイプ</td></tr><tr><td>粒 状 影</td><td>/</td><td>p q r</td></tr><tr><td>不整形陰影</td><td>/</td><td></td></tr></table> ロ. 大陰影の区分 (A B C) ハ. 付加記載事項 (pl plc co bu ca cv em es px tb)																像	区 分	タイプ	粒 状 影	/	p q r	不整形陰影	/		
像	区 分	タイプ																											
粒 状 影	/	p q r																											
不整形陰影	/																												
8胸部に関する臨床検査		検査年月日			年 月 日																								
自覚症状		呼吸困難		I II III IV V					他覚所見		チアノーゼ		+ -																
		せ き		+ -							ばち状指		+ -																
		た ん		+ -							副 雑 音		+ - (部位)																
		心 悸 亢 進		+ -							そ の 他																		
		そ の 他																											

9 合併症に関する検査	検査年月日		年 月 日														
	自覚症状		肺結核以外の合併症に関する検査		結核菌		塗 抹		+ -		た ん		塗 抹		+ -		
							培 養		+ -		培 養		+ -				
							年 月 日		年 月 日		年 月 日						
							量		mℓ		mℓ						
	結核精密検査		エックス線特殊撮影		た ん		年 月 日(初日)		年 月 日		性 状						
							所 見										
							エックス線		年月日		年 月 日		撮影法		らせんCT、その他()		
							特殊撮影		所見								
	赤血球沈降速度		1時間値		mm		その他の所見										
2時間値			mm														
ツベルクリン反応		mm × mm															
判定		療養(要・不要)															
10 肺機能検査	身長		cm		1秒量予測値		ℓ										
	年齢		満 歳		肺活量予測値		ℓ										
	第1次検査		検査年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日								
			肺 活 量		ℓ		ℓ										
			努 力 肺 活 量		ℓ		ℓ										
			1 秒 量		ℓ		ℓ										
			1 秒 率		□ □ . □ %		□ □ . □ %										
			% 1 秒 量		□ □ □ □ . □ %		□ □ □ □ . □ %										
	第2次検査		検査年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日								
			採 血 の 部 位														
採血から分析終了までの時間			分		分												
酸 素 分 圧			Torr		Torr												
炭 酸 ガ ス 分 圧			Torr		Torr												
判定		肺胞気動脈血酸素分圧較差		□ □ . □ □ Torr		□ □ . □ □ Torr											
		F (- + ++)															

11 日 常 生 活 の 状 況	①	乗り物や徒歩で病院に通ったり、自宅周囲や病院構内を散歩することができる	可	否
	②	平地をゆっくりした速度でなら1km程度以上歩くことができる。	可	否
	③	盆栽の手入れをしたり、草花を育てたりするごく軽い趣味程度の仕事を1時間程度以上続けることができる。	可	否
	④	坐ってテレビを見たり、新聞を読んだり、字を書いたりすることを1時間程度以上続けることができる。	可	否
	⑤	他人の手を借りずに又は借りて、自宅や病棟内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	⑥	他人の手を借りずに又は借りて、便所で排便することができる。	可	否
	⑦	他人の手を借りずに又は借りて、室内をゆっくり歩くことができる。	可	否
	⑧	他人の手を借りずに着物を着たり脱いだりできる。	可	否
	⑨	他人の手を借りずに寝たり、起きたり、顔を洗ったり、食事をしたりできる。	可	否
	〔各項目についてできる場合は可を、できない場合は否を○で囲んで下さい。〕	備考 (1) 今後6ヶ月における上記状況の変化の見込の有無(有の場合はその理由)		
(2) じん肺及び合併症以外の傷病により上記の状態が認められる場合にはその概要を記載して下さい。				
12 今後における治療の要否及びその概要	要	(要の場合は、治療の概要を記載して下さい。)		
	否			
13 今後における入院の要否及びその事由	要	(要の場合は、その事由を記載して下さい。)		
	否			
14 そ の 他 の 参 考 事 項				
上記のとおり診断します。 年 月 日 干 所 在 地 病院又は診療所の 名 称 診 断 医 氏 名 (電話)				
(別添の「診断書作成要領」に注意して記載して下さい。)				

診 断 書 作 成 要 領

- 1

この診断書は、じん肺又はその合併症のため、労災保険において長期療養を受けている者の療養継続又は傷病補償年金若しくは傷病年金支給の要否決定のために必要とするものです。
- 2

各検査の方法及び判定の基準については、厚生労働省安全衛生部労働衛生課編「じん肺診査ハンドブック」（昭和54年以後発行のもの）（Ⅱの5の（1）及び（4）を除く。）及び平成22年6月28日付け基発0628第6号「じん肺法における肺機能検査及び検査結果の判定等について」を参考にして下さい。
- 3

次に掲げる症状が認められる場合には、それぞれ各号の末尾に掲げる検査を省略して差し支えありません。

(1)

エックス線写真に一侧の肺野の3分の1を超える大きさの大陰影（じん肺によるものに限る。）があると認められた者は、「胸部に関する臨床検査」、「合併症に関する検査」及び「肺機能検査」

(2)

「エックス線写真による検査」、「胸部に関する臨床検査」及び「結核精密検査」の結果、じん肺の所見があり、かつ、肺結核にかかっていると診断された者は、「肺機能検査」

(3)

「エックス線写真による検査」、「胸部に関する臨床検査」又は「肺結核以外の合併症に関する検査」の結果、じん肺の所見があり、かつ、「結核性胸膜炎」、「続発性気管支炎」、「続発性気管支拡張症」、「続発性気胸」又は「原発性肺がん」のいずれかの疾病にかかっていると診断された者は、「肺機能検査」

(4)

「エックス線写真による検査」及び「胸部に関する臨床検査」の結果又は「肺機能検査」の「第1次検査」の結果、著しい肺機能障害があると認められる者は、「肺機能検査」のうち「第2次検査」
- 4

様式中の各種検査は、診断時以前3ヶ月以内において行った検査について記入して下さい。
ただし、当該検査実施後、症状に著しい変化のあったものについては、この診断書作成時に検査を行い、その結果について記入して下さい。
- 5

記入欄が不足する場合には、適宜別紙に記載の上、添付して下さい。
- 6

「既往症の概要」欄には、胸部に関する既往症例えば肺結核、胸膜炎、気管支炎（いわゆる急性気管支炎を除く。）、気管支拡張症、気管支喘息、肺気腫、心臓疾患その他について、罹患時の年齢とその経過の概要を記入して下さい。
- 7

「過去1年間の療養の内容及びその経過の概要」欄には、過去1年間の期間について、その療養の内容及び経過の概要を記入して下さい。
なお、現在治療を施している医療機関が転医後の医療機関であるときは、転医前の医療機関に関する部分については患者に聴取して記入して下さい。
ただし、診断書を必要とする理由が労災保険法施行規則第21条の規定に基づき定期に提出する「年金たる保険給付の受給権者の定期報告書」に添付するためのものであるときは、転医前の期間に関する部分についての記入を省略して差し支えありません。
- 8

「エックス線写真による検査」欄は次により記入して下さい。

(1)

撮 影 条 件
「mAs」については、可能な限り記入して下さい。

(2)

小陰影の区分
イ 「粒状影」及び「不整形陰影」欄のうち「区分」欄には、粒状影又は不整形陰影の型の区分を各々の「区分」欄に12階尺度により、両方の陰影が明らかに認められる場合は、両方の「区分」欄は12階尺度により記入して下さい。

ロ 「粒状影」の場合には、陰影のタイプを区分し、「タイプ」欄のpqrのいずれかを○で囲んで下さい。

ハ 上記の区分を行い、小陰影全体の型の区分を標準エックス線フィルムを用いて12階尺度により区分し、「小陰影の区分」欄の（0／_ 0／0 3／+）の該当する区分を○で囲んで下さい。

(3)

大陰影の区分
イ 大陰影をAからCまで区分し、「大陰影の区分」欄の該当するものを○で囲んで下さい。
ロ 小陰影が同時に存在する場合は、「小陰影の区分」欄にも該当する事項を記入して下さい。

(4)

付加記載事項
次に該当するエックス線所見が認められる場合には、「付加記載事項」欄中の略号を○で囲んで下さい。
なお、エックス線写真像に対応する略号は、次のエックス線所見の末尾の（ ）内のとおりです。
イ 胸膜石灰化像を除いた胸膜肥厚等の胸膜変化 (pl)
ロ 胸膜石灰化像 (plc)
ハ 心臓の大きさ、形状の異常 (co)
ニ ブラ(のう胞) (bu)
ホ 肺又は胸膜のがん (ca)
ヘ 空 洞 (cv)
ト 著明な肺気腫 (em)
チ 肺門又は縦隔リンパ節の卵殻状石灰沈着 (es)
リ 気 胸 (px)
ヌ 肺結核 (tb)
- 9

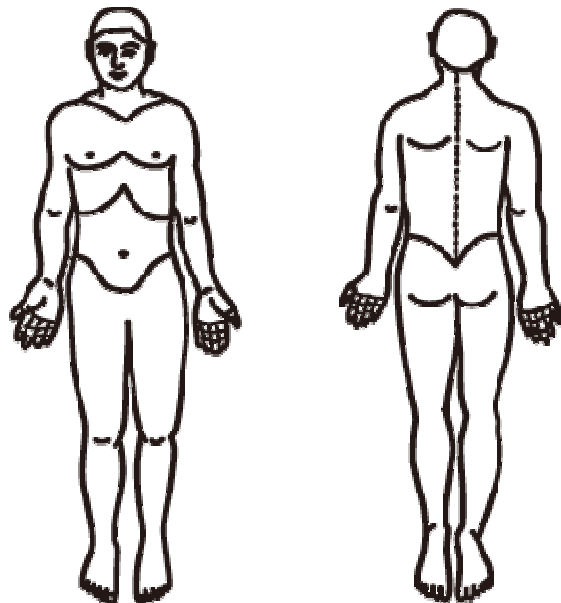
「胸部に関する臨床検査」欄は次により記入して下さい。

(1)

自 覚 症 状
イ 「呼吸困難」欄の（ⅠⅡ Ⅴ）には、次の区分により該当する呼吸困難の程度を○で囲んで下さい。

Ⅰ 同年齢の健康者と同様に仕事ができ、歩行、登山又は階段の昇降も健康者と同様に可能である者
Ⅱ 同年齢の健康者と同様に歩くことに支障はないが、坂や階段は同様に昇れな

- Ⅲ …… 平地でも健康者並に歩くことができないが、自己のペースなら1km以上歩ける者
- Ⅳ …… 50m以上歩くのに一休みしなければ歩けない者
- Ⅴ …… 話したり、着物を脱ぐのにも息切れがして、そのため屋外に出られない者
- ロ 「せき」及び「たん」欄の「+-」については、「せき」又は「たん」が年に3ヶ月以上続けて毎日のように出る場合には“+”を、それ以外の場合は“-”を、それぞれ○で囲んで下さい。
- ハ 「心悸亢進」欄の「+-」については、体動時に動悸がする場合には“+”を、それ以外の場合は“-”を○で囲んで下さい。
- ニ 上記以外に胸部に関する症状の訴えがある場合には、「その他」欄に具体的に記入して下さい。
- (2) 他 覚 所 見
- イ 「チアノーゼ」及び「ばち状指」欄には、各々その所見が認められる場合には“+”を○で囲んで下さい。
- ロ 「副雑音」欄には、ラ音等の副雑音が聴取される場合には“+”を○で囲み、聴取される部位を（ ）内に記入して下さい。
- ハ 上記以外の所見が認められる場合には、「その他」欄にその所見を具体的に記入して下さい。
- 10 「合併症に関する検査」欄は次により記入して下さい。
- (1) 自 覚 症 状
せき、たん、胸痛、発熱等の自覚症状を具体的に記入して下さい。
- (2) 結 核 精 密 検 査
- イ 「結核菌」欄の「+-」は、塗抹検査又は培養検査で菌陽性の場合には“+”を、菌陰性の場合には“-”を○で囲んで下さい。
- ロ 「エックス線特殊撮影」欄には、撮影法と所見の概略を記入して下さい。
- (3) 肺結核以外の合併症に関する検査
- イ 「たん」欄の量については、実測値を記入し、性状については、次の区分により記号により記入して下さい。
- M₁ …… 膿を含まない純粘液たん
- M₂ …… 多少膿性の感のある粘性たん
- P₁ …… 粘膿性たん1度(膿がたんの1／3以下)
- P₂ …… 粘膿性たん2度(膿がたんの1／3～2／3)
- P₃ …… 粘膿性たん3度(膿がたんの2／3以上)
- ロ たんについての検査をくり返し行った場合には、その結果を第2欄に記入して下さい。
- ハ 「喀痰細胞診」の欄には、たんをとった最初の日付及び検査結果所見を記入して下さい。
- ニ 「エックス線特殊撮影」欄には、胸部らせんCT検査を実施した場合は、「らせんCT」を、それ以外の撮影法の場合は「その他」を○で囲み、撮影法を記入して下さい。
- (4) 「判定」欄には、検査の結果罹患していると認められる疾患名を記入し、その状態が療養を要すると認められるときは「療養（要 ・ 不要）」の“要”を○で囲んで下さい。
- 11 「肺機能検査」欄は次により記入して下さい。
- イ 「年齢」欄には、検査実施の日における満年齢を記入して下さい。
- ロ 「身長」、「肺活量」、「努力肺活量」及び「1秒量」欄は、各々小数点第2位まで記入して下さい。
- ハ 第2次検査を第1次検査と別の日に行う場合には、第2次検査に先立って第1次検査を行うこととされていますので、第1次検査の結果を「第1次検査」欄の第2欄に記入して下さい。
- ニ 「判定」欄の記入に当たっては、「肺機能検査」を実施して得られた数値について、単純に「じん肺診査ハンドブック」等に示された判定基準との当てはめのみによって機械的に判定を行うことなく、エックス線写真像、自覚症状及び臨床所見等を含めて医師が総合的に判断して次により判定し、「F（-+≡）」のいずれかを○で囲んで下さい。
- 特に、過去の健康診断その他の機会に実施した検査の記録等から、著しい肺機能障害が持続する状態が疑われる者についての判定に当たっては、従前から行われてきた諸検査の結果を十分参考として、総合的な判断を行って下さい。
- F（-） …… じん肺による肺機能の障害がない。
- F（+） …… じん肺による肺機能の障害がある。
- F（≡） …… じん肺による著しい肺機能の障害がある。
- 12 「日常生活の状況」欄は、全項目についてそれぞれの動作ができる場合には“可”を、できない場合には“否”を○で囲んで下さい。
- なお、「備考」欄の(2)には、具体的に傷病名（例えば、「動脈硬化症」「高血圧症」等）を記入して下さい。
- 13 「今後における治療の要否及びその概要」欄は、今後治療を要する場合は“要”を○で囲み、治ゆ又は症状固定の場合は“否”を○で囲んで下さい。
- 14 「今後における入院の要否及びその事由」欄は、
- (1) 診断時に入院中の者で、引き続き入院を要する者
- (2) 診断時に通院療養中の者で、症状等の変化等から入院療養を要する者については“要”を○で囲み、それ以外は“否”を○で囲んで下さい。

労働者災害補償保険		診 断 書		(せき髄損傷用)	
1 氏 名 等		(男・女)		2 生 年 月 日	明大 昭平 年 月 日
3 傷 病 名				4 負傷年月日	年 月 日
				初診年月日	年 月 日
5 麻痺の状況		有 (第 髄以下完全・不全) 神経因性膀胱 有・無			
6 及び過去1年間の療養の概要		せき髄、せき椎 に対する治療	四肢に対する 治療	尿路に対する 治療	そ の 他
	期 間	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日
	療 養 の 内 容 及 び 経 過 の 概 要				
7 運 動 器 系 所 見	(知覚麻痺、褥創、自動性なし、拘縮、反射等を、下記人体図を利用して記載してください。)				
					

8	泌尿器系所見	検査年月日 (・ ・) 腎機能障害: 左 右 結石: 腎(), 尿管(), 膀胱() 感染: 腎(), 尿管(), 膀胱(), 尿道() 瘻孔: 腎(), 尿管(), 膀胱(), 尿道() BUN値(), カテーテル留置(有・無)																		
9	日常生活の状況	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">(1) 食事</td><td style="width: 55%;"> <input type="checkbox"/>1. 自助具を用いても不能 <input type="checkbox"/>2. 自助具を用いれば可能 <input type="checkbox"/>3. 介助不要 </td><td style="width: 10%; text-align: center;">理由</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr> <td>(2) 上肢筋力</td><td> <input type="checkbox"/>1. 体を支持することができない <input type="checkbox"/>2. 体を支持し、又は物につかまって上体を起こすことができる <input type="checkbox"/>3. 車いすを介助なく運転することができる </td><td style="text-align: center;">理由</td><td></td></tr> <tr> <td>(3) 歩行</td><td> <input type="checkbox"/>1. 不能(自力で立位が保てない) <input type="checkbox"/>2. 補装具、支持具を用いなければ歩行することができない <input type="checkbox"/>3. 自力(一本杖を含む。)で歩行することができる </td><td style="text-align: center;">理由</td><td></td></tr> <tr> <td>(4) 療養管理</td><td> <input type="checkbox"/>1. 終日臥床 <input type="checkbox"/>2. 行動範囲は自宅、病棟内のみ </td><td style="text-align: center;">理由</td><td></td></tr> </table>			(1) 食事	<input type="checkbox"/> 1. 自助具を用いても不能 <input type="checkbox"/> 2. 自助具を用いれば可能 <input type="checkbox"/> 3. 介助不要	理由		(2) 上肢筋力	<input type="checkbox"/> 1. 体を支持することができない <input type="checkbox"/> 2. 体を支持し、又は物につかまって上体を起こすことができる <input type="checkbox"/> 3. 車いすを介助なく運転することができる	理由		(3) 歩行	<input type="checkbox"/> 1. 不能(自力で立位が保てない) <input type="checkbox"/> 2. 補装具、支持具を用いなければ歩行することができない <input type="checkbox"/> 3. 自力(一本杖を含む。)で歩行することができる	理由		(4) 療養管理	<input type="checkbox"/> 1. 終日臥床 <input type="checkbox"/> 2. 行動範囲は自宅、病棟内のみ	理由	
(1) 食事	<input type="checkbox"/> 1. 自助具を用いても不能 <input type="checkbox"/> 2. 自助具を用いれば可能 <input type="checkbox"/> 3. 介助不要	理由																		
(2) 上肢筋力	<input type="checkbox"/> 1. 体を支持することができない <input type="checkbox"/> 2. 体を支持し、又は物につかまって上体を起こすことができる <input type="checkbox"/> 3. 車いすを介助なく運転することができる	理由																		
(3) 歩行	<input type="checkbox"/> 1. 不能(自力で立位が保てない) <input type="checkbox"/> 2. 補装具、支持具を用いなければ歩行することができない <input type="checkbox"/> 3. 自力(一本杖を含む。)で歩行することができる	理由																		
(4) 療養管理	<input type="checkbox"/> 1. 終日臥床 <input type="checkbox"/> 2. 行動範囲は自宅、病棟内のみ	理由																		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> 該当事項に入して下 さレを記 </div>		備考: 今後6ヶ月以内における上記症 状の変化の見込の有無																		
		有	(理由)																	
		無																		
10	異所他見	(同一災害による「せき髄損傷」以外の障害の概要)																		
11	否今後の治療の要	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">(1) 入院</td><td style="width: 20%;">要 ・ 否</td><td rowspan="3" style="width: 60%; vertical-align: top;">(概要)</td></tr> <tr> <td>(2) 運動器系及び褥創に対する治療</td><td>要 ・ 否</td></tr> <tr> <td>(3) 泌尿器系に対する治療</td><td>要 ・ 否</td></tr> </table>		(1) 入院	要 ・ 否	(概要)	(2) 運動器系及び褥創に対する治療	要 ・ 否	(3) 泌尿器系に対する治療	要 ・ 否										
(1) 入院	要 ・ 否	(概要)																		
(2) 運動器系及び褥創に対する治療	要 ・ 否																			
(3) 泌尿器系に対する治療	要 ・ 否																			
12	その他参考事項	(1) 本症と関係のない傷病に関する所見及び治療 (2) 既往症又は既存障害																		
上記のとおり診断します。 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 年 月 日 〒 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 所 在 地 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 病院又は診療所の 名 称 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> 診 療 医 氏 名 (印) </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> (電話) </div>																				

(裏面の「診断書作成要領」に注意して記載して下さい。)

(物品番号6364)

診 断 書 作 成 要 領

1 この診断書は、せき髄損傷のため、労災保険において長期療養を受けている者の療養継続、傷病（補償）年金支給の要否決定等のために必要とするものです。

2 診断の実施にあたっては、個々の症状に応じ、必要とする診断項目について診断を行って下さい。

3 「過去1年間の療養の内容及び経過の概要」欄には、過去1年の期間における療養の内容及び経過の概要について記入してください。

なお、過去1年間に転医してきたものである場合には、現在の医療機関に関するものについて記載し、転医前の期間については、現症を説明するうえに参考となるものがあれば追記して下さい。

4 「運動器系所見」欄は、人体図を適当に利用して、症状（知覚麻痺、褥創、自動性なし、拘縮、反射）について、その部位、範囲、程度等を分かりやすく記載して下さい。

5 「日常生活の状況」欄は、該当する項目に「レ」を記するとともに、それぞれの項目のうち「1」又は「2」に「レ」した場合には、その医学的理由を記載して下さい。

なお「備考」欄には、日常生活の状況が今後6ヵ月以内に変化する見込みについて、その有無及びその理由を記載して下さい。

6 「その他の異常所見」欄は、同一の災害によって生じた「せき髄損傷」以外の障害について、具体的に（例えば「右前腕複雑骨折のため、肘関節より離断」等）記載してください。

7 「今後の治療の要否とその概要」欄は、次により記載して下さい。

(1) 「入院の要否」については、

① 診断時に入院療養中の者で引き続き入院を要する者又は

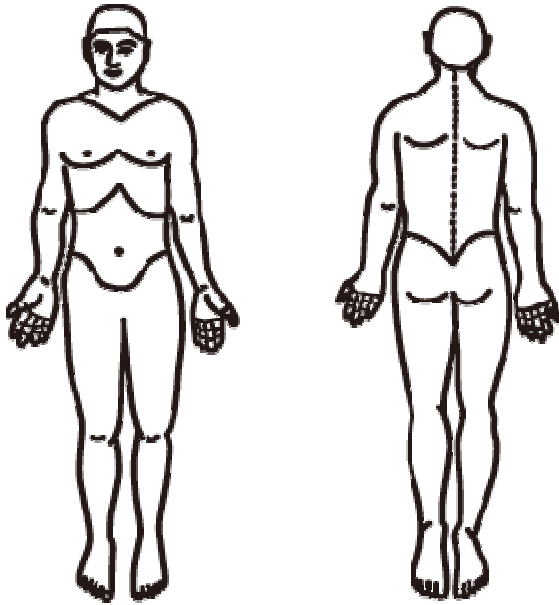
② 診断時に通院療養中で、症状の変化等から入院療養を要する者については「要」を○で囲み、それ以外は「否」を○で囲んでください。

(2) 「治療の要否」については、今後、治療を要する場合には「要」を○で囲み、治ゆ（症状固定を含む。）の場合は、「否」を○で囲んでください。

8 「その他の参考事項」欄は、次により記載して下さい。

(1)については、療養中に本症と関係のない傷病について療養を行った場合には、その傷病名、療養の概要を、(2)については、既往症、既存障害を分かりやすく記載して下さい。

9 「病院又は診療所の診断医氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

労働者災害補償保険				診 断 書		〔じん肺以外用〕 〔せき髄損傷〕	
1 氏 名 等		(男・女)		2 生 年 月 日		明大 年 月 日 昭平	
3 傷 病 名		4		負傷年月日		年 月 日	
				初診年月日		年 月 日	
5 過去1年間に おける療養の 内容及び経過 の 概 要		(治療を受けた期間) 自 年 月 日 至 年 月 日 (主たる治療及び経過)					
6 主 訴 (列 挙 して 下 だ さい。)		〔 下記人体図を利用して、症状について、その部位、範囲、程度等を分かりやすく記載して下さい。〕 〔とくに精神神経症状の場合には、できるだけ具体的に記載して下さい。〕					
7 他 覚 的 所 見		<div></div>					

8 エックス線、心 電図、脳波及び 筋電図等の所 見 〔視機能又は聴機 能に障害がある場 合にはその検査 所見〕	検査年月日 (. .)				
9 その他の主要な 検査成績所見	検査年月日 (. .)				
10 日 常 生 活 の 状 況 〔 該当する項目の 項目にレを記入 して下さい。 〕	(1) 行動能力			〔 理由 〕	
	(2) 食 事			〔 理由 〕	
	(3) 用 便			〔 理由 〕	
	(4) 精神能力			〔 理由 〕	
	(5) 言語能力			〔 理由 〕	
	備考： 今後6ヶ月以内における上記症状 の変化の見込みの有無			(理由)	
11 今 後 の 治 療 の 要 否 と そ の 概 要	入院	要 否	(概要)		
	治療	要 否			
12 そ の 他 の 参 考 事 項	(1) 3の傷病と関係ない傷病の状態と治療 (2) 既往症、既存障害				
13 今後6ヶ月間の療養等の見通し	〔 要入院、通院(全部休業を要す、一部休 業を要す等)、治ゆ(症状固定を含む。) 等の見通しについて具体的に記載して 下さい。 〕				
上記のとおり診断します。 年 月 日 干 所 在 地 病院又は診療所の 名 称 診 療 医 氏 名 (印) (電話)					

(裏面の「診断書作成要領」に注意して記載して下さい。)

診断書作成要領

- 1 この診断書は、じん肺及びせき髄損傷以外の傷病のため、労災保険において長期療養を受けている者の療養継続及び傷病（補償）年金支給要否決定等のため必要とするものです。
- 2 診断の実施にあたっては、個々の症状に応じ、必要とする診断項目について診断を行って下さい。
- 3 「過去1年間における療養の内容及び経過概要」欄には、過去1年間の療養の内容及び経過の概要を記載すれば足りるが、過去1年以内に転医してきたものであると認められる場合には、現在の医療機関に関するものについて記載し、転医前のものについては、現症を説明するうえで参考となるものがあれば追記して下さい。
- 4 「他覚的所見」欄は、人体図を利用して、症状等を分かりやすく記載して下さい。
- 5 各種検査結果は、診断時以前（なるべく3ヵ月以内）において行った結果について記載して下さい。
なお、必要な場合には、この診断書作成時に検査を行い、その結果について記載して下さい。
おって、視力、聴力等の障害で現在治療を行っている医療機関で検査ができないものについては「〇〇の障害がある」旨を記載（なるべく赤字を用いる）して下さい。
- 6 「日常生活の状況」欄は、この診断書用紙がじん肺及びせき髄損傷以外のすべての疾病について使用されるため、疾病によっては、不必要な事項の掲載もありますので、診断する当該疾病に関係ある事項について、該当する項目に「レ」を記するとともに、それぞれの項目のうち、①又は②に「レ」を記した場合には、その医学的理由を記載して下さい。
なお、「備考」欄には、日常生活の状況が今後6ヵ月以内に変化する見込みについて、その有無及びその理由を記載して下さい。

7 「今後の治療の要否とその概要」欄は、次により記載して下さい。

(1) 「入院の要否」については、

- ① 診断時に入院療養中の者で引き続き入院を要する者、又は、
- ② 診断時に通院療養中で、症状の変化等から入院療養を要する者は「要」を○で囲み、それ以外は「否」を○で囲んで下さい。

(2) 「治療の要否」については、今後、治療を要する場合には「要」を○で囲み、治ゆ（症状固定を含む。）の場合は「否」を○で囲んで下さい。

8 「その他の参考事項」欄は、次により記載して下さい。

(1)については、療養中に3の傷病名と関係のない傷病について療養を行った場合には、その傷病名及び療養の概要を、(2)については、既往症、既存障害を分かりやすく記載して下さい。

9 「今後6ヵ月間の療養等の見通し」欄には、今後6ヵ月間における要入院、通院（全部休業又は一部休業を要する場合）及び治ゆ（症状固定を含む。）等の見通しについて具体的に記載して下さい。

10 「病院又は診療所の診断医氏名」の欄は、記名押印することに代えて、自筆による署名をすることができます。

労働者災害補償保険

診 断 書

介護(補償)給付請求用

氏 名			生年月日	
障害の部位（業務災害又は通勤災害に係るものに限ります。また、障害が複数存する場合は、その全てを記載してください。）				
障害の状態				
日常生活の状況 （該当する事項の項目に✓を記入してください。）	<div> <div>(1) 行動能力</div> <div> <input type="checkbox"/>①終日臥床 <input type="checkbox"/>②自宅、病棟内でのみ行動できる <input type="checkbox"/>③通院（単独歩行）できる </div> </div> <div> <div>(2) 食 事</div> <div> <input type="checkbox"/>①全く自用を弁じない <input type="checkbox"/>②他人の介助によってできる <input type="checkbox"/>③支障がない </div> </div> <div> <div>(3) 使 用</div> <div> <input type="checkbox"/>①全く自用を弁じない <input type="checkbox"/>②他人の介助によってできる <input type="checkbox"/>③支障がない </div> </div> <div> <div>(4) 精神能力</div> <div> <input type="checkbox"/>①常に他人の嚴重な注意を要する <input type="checkbox"/>②随時他人の注意を要する <input type="checkbox"/>③通院可能であるが就労できない </div> </div> <div> <div>(5) 言語能力</div> <div> <input type="checkbox"/>①完全な失語あるいは構音機能のそう失 <input type="checkbox"/>②他人との間でようやく意思が通じあうことができる <input type="checkbox"/>③支障がない </div> </div>			
<p>以上のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <div> <div>病院又は 診療所の</div> <div> <div>住 所</div> <div>電 話</div> <div>名 称</div> </div> </div> <div> <div>診療担当者の氏名</div> <div> <div>⑤</div> <div>(記名押印又は署名)</div> </div> </div>				

(物品番号 62931)

労働者災害補償保険 診断書 (じん肺用)					
1 氏 名 等		男・女 (職名)	2 生年月日	年 月 日 (満 才)	
3 疾 病 名		じん肺の種類・結核合併の有無がわかるように記入すること。		管理区分 4 (又は第 4 症度) と決定された年月日及びその時の診断	(じん肺の種類・結核合併の有無等)
5 既往症の概要 (胸部に関する既往症について記入すること。)					
6 療養の内容及び経過の概要	治療を受けた病院等の名称所在地	①	②	③	④
	治療を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	年 月 日 至 年 月 日	年 月 日 至 年 月 日	年 月 日 至 年 月 日
	主たる治療及び経過				
	7 現 症	自 覚 症 イ 呼吸困難 (I II III IV V) ニ かくたん ロ 心きこう進 (作業時・歩行時・安静時) ホ 胸 痛 ハ かいそう 一般的所見 イ 貧 血 ハ 脈はく異常 ホ その他 ロ るいそう ニ 呼吸異常 胸部所見 その他			

8 正面撮影		写真番号 撮影年月日 年 月 日		線写の像及び型		エックス線写真の像及び型		
イ ロ ハ	正 面 撮 影	(イ) 粒 状 影	正常	1型	2型	3型	4型	
		(ロ) 異常線状影	正常	1型	2型	3型	4型	
		分布および密度	粗	密	著しく密			
		状粒影の大きさ	P	M	N			
		大陰影の大きさ	A	B	C			
附加記載事項		co	cp	cr	di	em		
		hi	ns	pl	px	tb		
特殊撮影		写真番号 撮影年月日 年 月 日 特殊撮影写真の所見						
9 結核精密検査		検査実施年月日	現 在 (年 月 日)	1 年 前 (年 月 日)	2 年 前 (年 月 日)			
		かくたん検査 (結核菌)	塗 抹 培 養	+	-	+	-	
		血 沈 値	1 時間値 2 時間値	+	-	+	-	
		判 定	イ なし ロ 不活動性 (イ) 進行性のおそれのないもの (ロ) 進行性のおそれのあるもの ハ 活動性					
10 心 肺 機 能 検 査		身長	cm	体重	kg	体表面積	m ²	
		1 秒 量	cc	最大換気量	lit/min			
		1 段呼出肺活量	cc	安静時換気量	lit/min			
		1 秒 率	%	運動時換気量	lit/min			
		2 段(又は吸入)肺活量	cc	換気予備率	%			
		肺活量予測量	cc	運動指数	%			
		2 段肺活量比	%	換気指数				
		換気機能の型			安静時脈はく数 /min			
		1 秒率 % 70 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100 2 段肺活量比			運動終了直後脈はく数 /min			
		第 2 象限 (拘束性) 第 3 象限 (混合性) 第 1 象限 第 4 象限 (呼出障害性)			負荷継続 () 分後に中止 中止の理由 呼吸困難・どうき・発汗・その他 中止時脈はく数 /min			
		判 定	F ₀	F ₁	F ₂	F ₃		

10 心肺機能検査 (続)	血 圧 検 査	(最高値、最低値及び高血圧症と診断された場合はその旨記入すること。)				
	心電計による検査	(心臓疾患の有無及び検査の結果に関する意見を記入すること。)				
	動脈血酸素飽和度を測定する検査 (直接採血法イヤーオキシメーター)	安 静 時	1 分	2 分	3 分	低下率
		%	%	%	%	%
11	今後必要と認められる治療の概要					
12	入院を必要とする者については、その事由					
13	その他の参考事項					
上記のとおり診断します。 年 月 日 所 在 地 _____ 病院又は診療所の 名 称 _____ 診断医氏名 _____						

「じん肺」用診断書作成要領

- この診断書は、じん肺のため、労災保険において長期療養を受けている者の療養継続の要否決定等のために必要とするものである。
- 次に掲げる症状が認められる場合には、それぞれ各号の末尾に掲げる検査を省略してさしつかえないものであること。
 - エックス線写真に一侧の肺野の2分1をこえる大きさの大陰影(じん肺によるもの(肺結核のみによるものを除く。))に限る。)があると認められた者は、「結核精密検査」
 - (1)に該当する者及び「結核精密検査」の結果、活動性の肺結核があると診断された者は、「心肺機能検査」
 - 「心肺機能検査」のうち「最大換気量」及び「運動指数」を測定する検査の結果、そのいづれにも中等度以上の障害がないと認められ、かつ、自覚症を含む臨床検査において中等度以上の障害の疑いがない者は、上記の「最大換気量」及び「運動指数」を測定する検査を除く心肺機能検査
 - 「エックス線特殊撮影」「血圧検査」「心電計による検査」及び「動脈血酸素飽和度を測定する検査」は、症状等からその必要が認められた場合にのみ行なうこと。
- 本様式中の各種検査は、診断時に最も近い時期(3カ月以内のこと。)において行なつた検査について記入すること。ただし、当該検査実施後症状に著しい変化のあつたものについては、この診断書作成時に検査を行ないその結果について記入すること。また、それ以前の時期に実施した検査についても記入の必要があると認められるものがあるときは、余白又は別紙に実施年月日とともにその検査結果を記入すること。
- 記入欄が不足する場合には、適宜別紙に記載して添付すること。
- 「既往症の概要欄」には、胸部に関する既往症たとえば結核(肺結核、ろく膜炎、りんぱせん結核)、慢性気管支炎、肺炎、ぜんそく、心臓疾患その他について、その発病年月とその経過の概要を記入すること。
- 「療養の内容及び経過の概要」欄には、保険給付開始後現在までの期間について記入すること。

なお、現在治療を施している医療機関が転医後の医療機関であるときは、転医前の医療機関に関する部分は患者に聴取して記入すること。ただし、診断書を必要とする理由が労災保険法施行規則第21条の7の規定に基づき毎年2月に定期提出する「傷病の現状等の報告書」に添付するためのものであるときは、転医前の期間に関する部分について

の記入を省略してさしつかえないこと。

7. 「現症」欄の記入は次によること。

- (1) 「自覚症」「一般的所見」の項は、該当する症状の認められるものをそれぞれ○でかこみ、さらに列記項目以外にも症状があればこれを余白に記入すること。(なお、掲げた項目に対する所見の認められないものは×印をつけ抹消しておくこと。)

なお、呼吸困難の分類記号は次の区分によること。

I……第1度(同年令の健常者と同様な労作ができて、歩行、階段昇降も健常者と同様に可能である。)

II……第2度(同年令の健常者と同様に歩行ができるが、坂や階段は健常者なみには登れない。)

III……第3度(平地でさえ健常者なみには歩けないが、自分のペースでなら1キロ以上歩ける。)

IV……第4度(休み休みでなければ50メートル歩けない。)

V……第5度(話をしたり、着物をぬいだり身のまわりのことをするのに息切れがする。)

- (2) 「胸部所見」の項は、呼吸器系及び循環器系についての理学的所見を記入すること。

8 「エックス線写真による検査」欄の記入は次によること。

- (1) 「正面撮影」の項は、該当事項の記入又は該当欄を○でかこみ表示すること。また、当該エックス線写真に大陰影又は結核陰影を認めるものについては、同欄中の「肺型略図」にその位置、形状等を明らかにするため、当該陰影のスケッチを行なうこと。また、エックス線写真フィルムは添付すること。

なお、同欄中枠内の用語及び略号の意味は次のとおりである。

イ 基盤となるエックス線写真の像及び型

じん肺法第4条の規定に基づく区分による。

ロ 分布及び密度

「粗、密、著しく密」は、粒状影又は異常線状影の分布状態及び密度の差異

ハ 粒状影の大きさ

p……点状影(ほぼ1.5mmまでのもの)

m……小結節像(ほぼ1.5mmから3mmまでのもの)

n……結節像(ほぼ3mmから10mmまでのもの)

ニ 大陰影の大きさ

(じん肺による融合像又は塊状陰影であつて結核等による陰影は含まないもので、長径1cm以上の大きさのもの)

A……1つあるいは2つ以上の大陰影の長径の和が5cmを超えないもの

B……1つあるいは2つ以上の大陰影がAより大きく又は多数で、それらを合わせた領域が1肺野の2分の1を超えないもの

C……1つあるいは2つ以上の大陰影を合わせた領域が1肺野の2分の1を超えるもの

ホ 附加記載事項

co……心臓影(輪廓)の異常

cp……肺性心(その疑いが極めて濃厚な場合についてのみ記載する。)

cv……透亮像

di……胸廓内臓器の著明な変位(雨露状像を含む)

em……著明な気腫像(囊泡状気腫像を含む)

hi……肺門像の著明な異常(肺門の血管影の追求の難易、走行異常の有無等を参考とし、拡大しているもの、コンマ状、まが玉状等著名なもの、卵殻又は車軸状に石灰化したもの)

ns……非特異性陰影(じん肺性陰影とは認め難く、又肺結核とも想定し得ないものの、ただし、悪性腫瘍(癌その他)、肺膿瘍、寄生虫症(例 ニロ虫)等であることが明らかであるものは、その旨記載すること。)

pl……肋膜の著明な変化

px……気胸

tb……結核陰影

- (2) 「特殊撮影」の項は、症状により断層撮影等を必要と認め、特殊撮影を行なつた場合に記入すること。

9 「結核精密検査」欄のうち「かくたん検査」欄及び「判定」欄は、該当部分を○でかこみ表示すること。

なお、1年前、2年前は(－)であつても、その間において(＋)の結果を示した場合には、その時期を記載して(＋)の符号を記入すること。

10. 「心肺機能検査」は、労働省労働基準局編「じん肺診査テキスト」を参考して実施すること。

なお、記入欄の中判定の項の分類記号は、次の区分によること。

F₀……障害なし

F₁……軽度障害

F₂……中等度障害

F₃……高度障害

11. 「今後必要と認められる治療の概要」欄には、今後の治療方針又は予定されている治療の内容について記入すること。

12. 「入院を必要とする者については、その事由」欄には、次の事項を記入すること。

(1) 診断時に入院療養中の者については、引き続き入院を要すると認められる期間とその事由

(2) 診断時に通院療養中の者であつて、症状の変化等から入院療養を要すると認められる者については、入院療養を必要とする日と見込期間及びその事由

13. 「その他の参考事項」欄には、次のうち参考となるべき事項について記入すること。

(1) 様式中に該当欄のない事項で、必要と認められる診断項目についてその概要

(2) 今後の見通し

(3) 症状固定が見込まれる時期

(4) 療養中に本症と関係のない傷病について療養を行なった場合には、その傷病名、療養の概要

(5) その他参考となる事項（たとえば、入院通院についての患者の希望等）

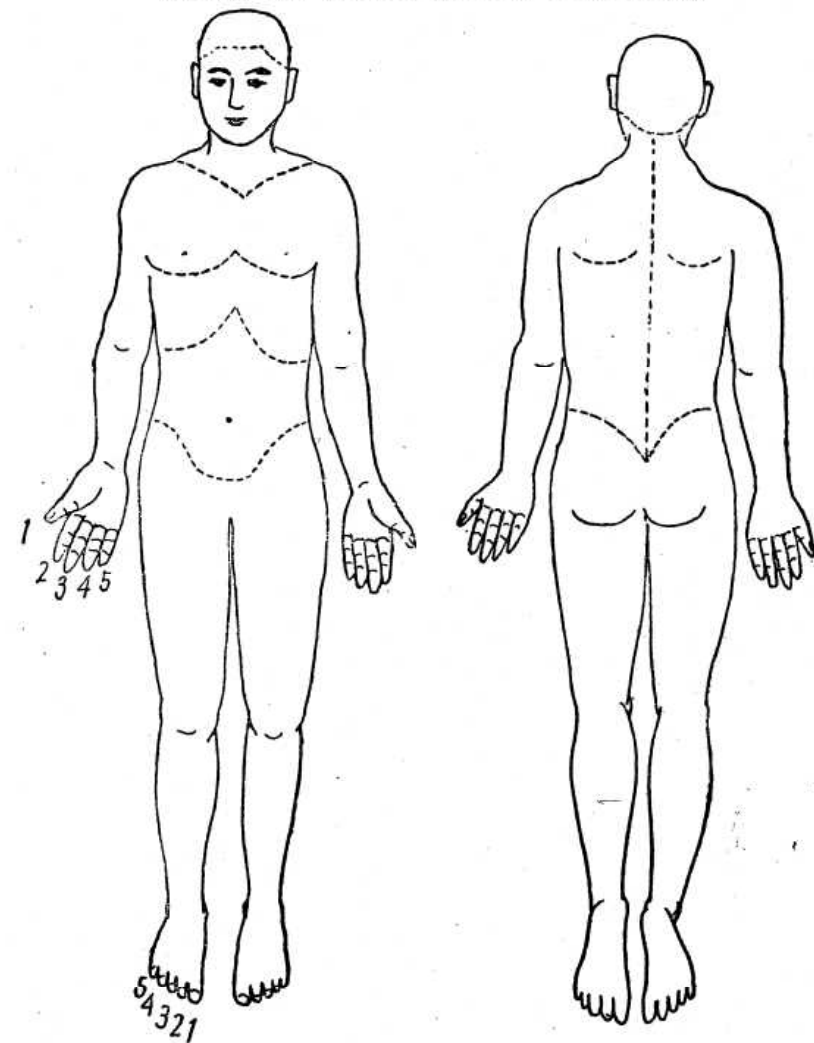
労働者災害補償保険		診 断 書		(外傷性せき髄損傷用)	
1 氏 名 等	男・女 (職名)	2 生年月日	年 月 日 (満 才)		
3 傷 病 名	脊髄の損傷部位、高さ、程度 (圧迫骨折、脱臼等)及び脊 髄損傷の程度(完全、不完全 の別)がわかるように記入す ること。		4 負傷年月日	年 月 日	
5 既往症の概要		(本症に関係のある既往症及び既存障害について記入のこと。)			
6 療養の内容及び経過の概要	治療を受けた病院等の名称所在地	①	②	③	④
	治療を受けた期間	年月日	年月日	年月日	年月日
	脊髄、脊椎に対する治療				
	四肢に対する治療				
	尿路に対する治療				
	その他				
7 主 訴	(列挙すること。)				
8 他覚的所見	一般臨床所見 (全身状態、日常生活動作等)				

8 他 覚 的 所 見 (統)	運 動 麻 痺	(部位、全・不全の別等)
	知 覚 麻 痺	(範囲、全・不全の別等)
	握 創	(部位、範囲、程度等)
	排 便 様 式	
	尿 路 障 害	(排尿障害、尿路炎、尿ろう等についても記入のこと。)
	その他の障害	
9 今後必要と認められる治療の概要		
10 入院を必要とする者については、その事由		
11 その他の参考事項		
上記のとおり診断します。		
年 月 日		所在地.....
		病院又は 診療所の 名 称.....
		診断医氏名..... ㊟

検 査 表

項 目	撮 影 年 月 日	所 見
エ ツ ク ス 線 所 見	脊 椎 像	
	腎 孟 造 影 像	
	膀 胱 造 影 像	
	尿 道 造 影 像	
尿 の 検 査 結 果	実 施 年 月 日	
	濁	
	蛋 白	
	細 菌	
	血 球	
	赤 血 球	
(その他)		
最近6ヵ月における 発 熱	(種類・程度・原因と認められる疾病名)	
その他参考となる計 測値及び検査結果		

知覚障害、褥創、破れやすい瘻痕、変形、その他の図示説明



「外傷性せき髄損傷」用診断書作成要領

1. この診断書は、外傷性せき髄損傷のため、労災保険において長期療養を受けている者の療養継続の要否決定等のために必要とするものであること。

2. 診断の実際にあたっては、個々の症状に応じ必要とする診断項目を加えること。
なお、記入欄が不足する場合には、適宜別紙に記載して添付すること。
3. 「療養の内容及び経過の概要」欄には、負傷後現在までの期間について記入すること。
なお、現在治療を施している医療機関が転医後の医療機関であるときは、転医前の医療機関に関する部分を患者に聴取して記入すること。ただし、診断書を必要とする理由が労災保険法施行規則第21条の7の規定に基づき毎年2月に定期提出する「傷病の現状等報告書」に添付するためのものであるときは、転医前の期間に関する部分についての記入を省略してさしつかえないこと。
4. 「他覚的所見」欄のうち最近において変化の認められる項目については、最近の経過についても記入すること。
5. 「今後必要と認められる治療の概要」欄には、今後の治療方針又は予定されている治療の内容等について記入すること。
6. 「入院を必要とする者については、その事由」欄には、次の事項を記入すること。
 - (1) 診断時に入院療養中の者については、引き続き入院を要すると認められる期間とその事由
 - (2) 診断時に通院療養中の者であつて、症状の変化等から入院療養を必要と認められる者については、入院を必要とする日と見込期間及びその事由
7. 「その他の参考事項」欄には、次のうち参考となるべき事項について記入すること。
 - (1) 今後の見通し
 - (2) 症状固定が見込まれる時期
 - (3) 療養中に本症と関係のない傷病について療養を行なつた場合には、その傷病名、療養の概要
 - (4) その他参考となるべき事項（たとえば、入院通院についての患者の希望等）
8. 様式中の各種検査結果は、診断時に最も近い時期（6カ月以内のこと。）において行なつた検査について記入すること。ただし、当該検査実施後症状に著しい変化のあつたものについては、その診断書作成時に検査を行ない。その結果について記入すること。
また、それ以前の時期に実施した検査についても記入の必要があると認められるものがあるときは、実施年月日とともにその検査結果も記入すること。
9. 「知覚障害、褥創、破れやすい瘢痕、変形、その他の図示説明」欄には、その部位、範囲、程度等を必ず図示説明すること。

別紙 様式3

労働者災害補償保険 診 断 書 (じん肺を除く) (じん肺を除く)				
1 氏 名 等	男・女 (職名)	2 生 年 月 日	年 月 日 (満 才)	
3 傷 病 名	(合併症についても記入) のこと	4 負傷年月日	年 月 日	
5 既往症の概要	(本症に関係のある既往症及び既存障害について記入すること)			
6 療養の内容及び経過の概要	治療を受け た病院等の 名称所在地	①	②	③
	治療を受け た 期 間 至	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	主たる治療及び 経 過	年 月 日	年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
7 主 訴	(列挙すること)			
8 他 覚 症				

9 計 測 値	(健側と比較できるものについては、健側値も記入のこと)
10 各 検 査 成 績 所 見	(主要検査については、検査成績表を添付すること)
11 今後必要と認めら れる治療の概要	
12 入院を必要と する者につい ては、その事 由	
13 そ の 他 の 参 考 事 項	
上記のとおり診断します。	
年 月 日	所 在 地..... 病院又は 名 称..... 診療所の 診断医氏名..... ㊞

「じん肺及び外傷性せき髄損傷以外の傷病」用診断書作成要領

1. この診断書は、じん肺及び外傷性せき髄損傷以外の傷病のため、労災保険において長期療養を受けている者の療養継続の要否決定等のために必要とするものである。
2. 診断の実際にあたっては、個々の症状に応じ必要とする診断項目について診断を行なうこと。なお、記入欄が不足する場合には、適宜別紙に記載して添付すること。
3. 「療養の内容及び経過の概要」欄には、負傷又は発病後現在までの期間について記入すること。

なお、現在治療を施している医療機関が転医後の医療機関であるときは、転医前の医療機関に関する部分を患者に聴取して記入すること。ただし、診断書を必要とする理由が労災保険法施行規則第21条の7の規定に基づき毎年2月に定期提出する「傷病の現状等の報告書」に添付するためのものであるときは、転医前の期間に関する部分についての記入を省略してさしつかえないこと。
4. 各種検査結果は、診断時に最も近い時期（3カ月以内のこと。）において行なつた検査について記入すること。ただし、当該検査実施後症状に著しい変化のあつたものについては、この診断書作成時に検査を行ない、その結果について記入すること。また、それ以前の時期に実施した検査についても記入の必要があると認められるものがあるときは、実施年月日とともにその検査結果も記入すること。
5. 「今後必要と認められる治療の概要」欄には、今後の治療方針又は予定されている治療の内容について記入すること。
6. 「入院を必要とする者についてはその事由」欄には、次の事項を記入すること。
 - (1) 診断時に入院療養中の者については、引き続き入院を要すると認められる期間とその事由
 - (2) 診断時に通院療養中の者であつて、症状の変化等から入院療養を要すると認められる者については、入院療養を必要とする日と見込期間及びその事由
7. 「その他の参考事項」欄には、次のうち参考となるべき事項について記入すること。
 - (1) 今後の見通し
 - (2) 症状固定が見込まれる時期
 - (3) 療養中に本症との関係のない傷病について療養を行なつた場合にはその傷病名、療養の概要
 - (4) その他参考となるべき事項（たとえば、入院通院についての患者の希望等）

労働者災害補償保険					はり・きゅう診断書				
氏名		(男・女)		生年月日		明治 大正 昭和 平成 令和		年 月 日	
傷病名及び 傷病部位				負傷又は発病年月日		初診 年 月 日			
				年 月 日		年 月 日			
支給対象 区分	① はり・きゅうのみ ② 一般医療とはり・きゅう								
症 状 (主訴を含む)	(※支給対象区分欄の②に該当する場合は、施術効果の評価表を添付すること。)								
治療上の 禁忌及び 注意事項									
治療目的 及び治療 期間等	(※支給対象区分欄の②に該当する場合のみ記載すること。)								
上記のとおり診断します。									
令和 年 月 日									
病院又は 所 在 地									
診療所の 名 称									
診療担当者氏名									

注) 支給対象については区分欄の該当するものを○で囲むこと。

施術効果の評価表

(表1 頸部・上肢の評価)

(傷病部位名

)

(評価日

)

区 分	内 容	具 体 的 内 容	評 価
日常生活動作 0 不能 1 困難 2 容易	① 食 事		
	② 排 泄		
	③ 更 衣		
	④ 整 容		
	⑤ その他		
痛 み		な し	
		軽 度 (不定期、時々痛み)	
		中等度 (動作時常に痛み)	
		強 度 (動作時常に強い痛み)	
		激 度 (持続的自発痛)	

(注) ① 「具体的内容」欄には、被施術者の日常生活動作に応じた具体的内容（例えば食事においてははしを持つ、スプーンを持つ等）を記入すること。

なお、①～④以外の基準をもって評価を行う場合は、評価に用いた基準（日本整形外科学会又は日本リハビリテーション学会の評価法名）を⑤欄に明記し、評価を行い評価結果を添付すること。

② 「評価」欄には、0 不能・1 困難・2 容易に区分し判定すること。

③ 「痛み」欄には、本人の主訴を含めた評価時の状況について該当するものに○印を付けること。

具体的内容の例

- ① 食事…… はしを持つ、スプーンを持つ、茶碗を持つ…等
- ② 排泄…… 和式トイレで用をたす、尻を拭く…等
- ③ 更衣…… ボタンの掛け外し、靴下の着脱、ズボン着脱…等
- ④ 整容…… 歯を磨く、顔を洗う、爪を切る、タオルを絞る…等

以上の通り評価します

令和 年 月 日

病院・診療所

医師

施術効果の評価表

(表2 腰・下肢の評価)

(傷病部位名

)

(評価日

)

区分	内容	具 体 的 内 容	評 価
日常生活動作 0 不能 1 困難 2 容易	① 起居動作		
	② 移動動作		
	③ 行為動作		
	④ その他		
	痛み		な し
		軽 度 (不定期、時々痛み)	
		中等度 (動作時常に痛み)	
		強 度 (動作時常に強い痛み)	
		激 度 (持続的自発痛)	

(注) ① 「具体的内容」欄には、被施術者の日常生活動作に応じた具体的内容（例えば食事においてははしを持つ、スプーンを持つ等）を記入すること。

なお、上記①～③の基準をもって評価を行う場合は、評価に用いた基準（日本整形外科学会又は日本リハビリテーション学会の評価法名）を④欄に明記し、評価を行い評価結果を添付すること。

② 「評価」欄には、0 不能・1 困難・2 容易の判定を行うこと。

③ 「痛み」欄には、本人の主訴を含めた評価時の状況について該当するものに○印を付けること。

具体的内容の例

- ① 起居動作 …… 布団から起き上がる、椅子に腰掛ける、正座を行う、しゃがみこむ…等
- ② 移動動作 …… ゆっくり歩く、走る、階段を昇る(降りる)…等
- ③ 行為動作 …… 足の指の爪を切る、荷物を持ち運ぶ…等

以上の通り評価します

令和 年 月 日

病院・診療所

医師

労働者災害補償保険					マ ッ サ ー ジ 診 断 書					
氏 名		(男・女)			生年月日		<div>明治 大正 昭和 平成 令和</div>		年 月 日	
傷 病 名 及 び 傷 病 部 位					負傷又は発病年月日		初 診 年 月 日			
					年 月 日		年 月 日			
症 状 (主訴を含む)										
治 療 目 的										
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>病院又は <u>所 在 地</u></p> <p>診療所の <u>名 称</u></p> <p><u>診療担当者氏名</u></p>										

様式 4

第 号
令和 年 月 日

労働基準監督署長殿

病 院
診療所

医 師

意見書の提出について

今般、標記について依頼がありましたので、下記のとおり意見を申し述べます。

記

労働保険 番号	政 府	所 在	業 種	基 幹 番 号	枝 番 号	負傷 発病 年月日	年 月 日	治 ゆ 年 月 日	年 月 日
労働者 氏名	(歳)					負傷の部位及び 傷病名			
主訴及び 自覚症									
依頼事項に かかる意見 (検査成績等)									

(三)・七・二二 基発第四五四号

(注) この意見書は、1部労働基準監督署長へ提出してください。

(署提出用)

病院 院長 殿

労働基準監督署長

意見書の提出依頼について

下記の者にかかる保険給付の決定に必要とする下記の事項について判断（診断）のうえ、その結果を同封の意見書によりご回答くださるよう労働者災害補償保険法第49条に基づき依頼いたします。

おって、本件の費用については、同封の請求書によりご請求くださるよう申し添えます。

記

労働保険番号		労働者の氏名 生年月日(年齢)	
事業場の名称		労働者の住所	
最終診療機関名		労働者の職種	
傷 病 名		負 傷 年 月 日	
依 頼 事 項	<p>① 初診から現在までの療養及び症状の経過</p> <p>② 症状が安定しているか否か（安定していない場合、現在の症状の詳細）</p> <p>③ 現在の治療内容とその具体的な治療効果</p> <p>④ 今後の具体的な治療方針</p> <p>⑤ 治ゆの見込の時期</p> <p>⑥ 治ゆの時期が3ヵ月を超える場合又は不明の場合にはその具体的な理由</p> <p>⑦ その他</p>		
提 出 期 限		担当者氏名	

氏 名		生年月日		昭・平・令 年 月 日		男・女							
障害の原因となった傷病名													
発生年月日		昭・平・令 年 月 日		初診年月日		昭・平・令 年 月 日							
上記傷病が治癒となった日				昭・平・令 年 月 日									
既存障害の有無		有（ ） ・ 無											
診断書作成医療機関における初診時所見（主訴及び症状）													
現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項													
脳・せき髄等に係る画像診断結果等（MRI、CT、X-P 等による所見を記載して下さい。）													
麻痺の範囲等	運動障害の範囲		四肢 ・ 片 ・ 対（上肢・下肢） ・ 単（上肢・下肢）										
	性状		弛緩性・痙性・不随意運動性・その他（ ）										
	起因部位		脳 ・ せき髄 ・ 末梢神経										
	関節可動域の制限 有・無 （自動・他動）	部位	肩		肘	手	股		膝	足			
		運動	屈伸	外転	屈伸	屈伸	屈伸	内外転	屈伸	屈伸			
		右											
		左											
	徒手筋力テスト（MMT）※1	部位	肩		肘	手	股		膝	足			
		運動	屈曲	伸展	外転	屈曲	伸展	屈曲	伸展	内転	外転	屈曲	伸展
		右											
左													
感覚障害の範囲		四肢 ・ 片 ・ 対（上肢・下肢） ・ 単（上肢・下肢）											
感覚障害の性状		脱失 ・ 鈍麻 ・ その他（ ）											
麻痺の程度※2	右上肢		高度 ・ 中等度 ・ 軽度 ・ 軽微 （ ）										
	左上肢		高度 ・ 中等度 ・ 軽度 ・ 軽微 （ ）										
	右下肢		高度 ・ 中等度 ・ 軽度 ・ 軽微 （ ）										
	左下肢		高度 ・ 中等度 ・ 軽度 ・ 軽微 （ ）										
神経因性膀胱障害又は神経因性直腸障害		有（ ） ・ 無											

※ 1：徒手筋力テストを行った場合には、障害のある四肢の各関節の運動ごとの結果を記入して下さい。

※ 2：麻痺の程度は、運動障害の程度により記載して下さい。運動障害の程度については、裏面の 1 の記載要領に従って記載して下さい。

また、（ ）内には、物を持ち上げて移動できない等具体的な障害の状態を記載して下さい。

高次脳機能障害	程度 能力	障害なし	わずかに喪失	多少喪失	相当程度喪失	半分程度喪失	大部分喪失	全 部 喪失
	意思疎通能力	とくに問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
	問題解決能力	とくに問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
	持続力・持久力	とくに問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
	社会行動能力	とくに問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない
	※3	高次脳機能障害の状態について特筆すべき事項（※4）						
介護の要否等※5	種類	介護の要否		介護が必要な場合には、その原因たる障害の状態 ※6				
	食事	自立・介護が必要						
	入浴	自立・介護が必要						
	用便	自立・介護が必要						
	更衣	自立・介護が必要						
	外出	自立・介護が必要						
	買物	自立・介護が必要						
その他の身体の障害の状態								

※3：各能力の判断の要点については、裏面の 2 に記載しているとおりです。

また、裏面の 3 に載せている障害の程度別の例を参考に障害の程度を記載して下さい。

※4：後遺障害の状態、神経心理学的検査の検査結果等を記載して下さい。

※5：この欄は、障害等級 3 級以上の障害が認められる場合において使用するものです。したがって、高次脳機能障害や麻痺が重篤でない場合には記載の必要はありません。

※6：原因となっている障害の状態（例：両上肢が完全麻痺）について記載して下さい。

上記のとおり診断いたします

所在地
名称
診療科
医師名

年 月 日

(裏面)

1 運動障害の程度を評価する際の要点は次のとおりです。

- (1) 麻痺が高度とは、障害のある上肢又は下肢の運動性・支持性がほとんど失われ、障害のある上肢又は下肢の基本動作(下肢においては歩行や立位、上肢においては物を持ち上げて移動させること)ができないものをいいます。
具体的には、以下のものをいいます。
①完全強直又はこれに近い状態にあるもの
②上肢においては、三大関節及び5つの手指のいずれの関節も自動運動によっては可動させることができないもの又はこれに近い状態にあるもの
③下肢においては、三大関節のいずれの関節も自動運動によっては可動させることができないもの又はこれに近い状態にあるもの
④上肢においては、随意運動の顕著な障害により、障害を残した一上肢では物を持ち上げて移動させることができないもの
⑤下肢においては、随意運動の顕著な障害により、一下肢の支持性及び随意的な運動性をほとんど失ったもの
- (2) 麻痺が中等度とは、障害のある上肢又は下肢の運動性・支持性が相当程度失われ、障害のある上肢又は下肢の基本動作にかなりの制限があるものをいいます。
たとえば、次のようなものがあります。
① 上肢においては、障害を残した一上肢では仕事に必要な軽量の物(概ね500g)を持ち上げることができないもの又は障害を残した一上肢では文字を書くことができないもの
② 下肢においては、障害を残した一下肢を有するため杖又は硬性装具なしには階段を上ることができないもの
③下肢においては、障害を残した両下肢を有するため杖又は硬性装具なしには歩行することが困難なもの
- (3) 麻痺が軽度とは、障害のある上肢又は下肢の運動性・支持性が多少失われており、障害のある上肢又は下肢の基本動作を行う際の巧緻性及び速度が相当程度損なわれているものをいいます。
たとえば、次のようなものがあります。
① 上肢においては、障害を残した一上肢では文字を書くことに困難を伴うもの
② 下肢においては、日常生活は概ね独歩であるが、障害を残した一下肢を有するため不安定で転倒しやすく、速度も遅いもの
③ 下肢においては、障害を残した両下肢を有するため杖又は硬性装具なしには階段を上ることができないもの
- (4) 麻痺が軽微とは、運動性、支持性、巧緻性及び速度についての支障がほとんど認められない程度のものをいいます。また、運動障害は認められないものの、広範囲にわたる感覚障害が認められるものもこれに該当します。
たとえば、次のようなものがあります。
① 軽微な随意運動の障害又は軽微な筋緊張の亢進が認められるもの
② 運動障害を伴わないものの、感覚障害が概ね一上肢または一下肢の全域にわたって認められるもの

2 各能力評価を行う際の要点は以下のとおりです。

- (1) 意思疎通能力(記銘・記憶力、認知力、言語力等)
職場において他人とのコミュニケーションを適切に行えるかどうか等について判定して下さい。主に記銘・記憶力、認知力又は言語力の側面から判断を行います。
- (2) 問題解決能力(理解力、判断力等)
作業課題に対する指示や要求水準を正確に理解し適切な判断を行い、円滑に業務が遂行できるかどうかについて判定して下さい。主に理解力、判断力又は集中力(注意の選択等)について判断を行います。
- (3) 作業負荷に対する持続力・持久力
一般的な就労時間に対処できるだけの能力が備わっているかどうかについて判定して下さい。精神面における意欲、気分又は注意の集中の持続力・持久力について判断して下さい。その際、意欲又は気分の低下等による疲労感や倦怠感を含めて判断して下さい。
- (4) 社会行動能力(協調性等)
職場において他人と円滑な共同作業、社会的行動ができるかどうか等について判定して下さい。主に協調性の有無や不適切な行動(突然大した理由もないのに怒る等の感情や欲求のコントロールの低下による場違いな行動等)の頻度について判断して下さい。

3 障害の程度別の例(高次脳機能障害整理表)

能力 程度	意思疎通能力	問題解決能力	持続力・持久力	社会行動能力
A 多少の困難はあるが概ね自力でできる (わずかに喪失)	① 特に配慮してもらわなくても、職場で他の人と意思疎通をほぼ図ることができる。 ② 必要に応じ、こちらから電話をかけることができ、かかってきた電話の内容をほぼ正確に伝えることができる。	① 複雑でない手順であれば、理解して実行できる。 ② 抽象的でない作業であれば、1人で判断することができ、実行できる。	概ね8時間支障なく働ける。	障害に起因する不適切な行動はほとんど認められない。
B 困難はあるが概ね自力でできる (多少喪失)	① 職場で他の人と意思疎通を図ることに困難を生じることがあり、ゆっくり話してもらう必要が時々ある。 ② 普段の会話はできるが、文法的な間違いをしたり、適切な言葉を使えないことがある。	AとCの間	AとCの間	AとCの間
C 困難はあるが多少の援助があればできる。 (相当程度喪失)	① 職場で他の人と意思疎通を図ることに困難を生じることがあり、意味を理解するためにはたまには繰り返してもらう必要がある。 ② かかってきた電話の内容を伝えることはできるが、時々困難を生じる。	① 手順を理解することには困難が生じることがあり、たまには助言を要する。 ② 1人で判断することには困難が生じることがあり、たまには助言を必要とする。	障害のために予定外の休憩あるいは注意を喚起するための監督がたまには必要であり、それなしには概ね8時間働けない。	障害に起因する不適切な行動がたまには認められる。
D 困難はあるがかなりの援助があればできる。 (半分程度喪失)	① 職場で他の人と意思疎通を図ることに困難を生じることがあり、意味を理解するためには時々繰り返してもらう必要がある。 ② かかってきた電話の内容を伝えることに困難を生じることが多い。 ③ 単語を羅列することによって、自分の考え方を伝えることができる。	CとEの間	CとEの間	CとEの間
E 困難が著しく大きい (大部分喪失)	① 実物を見せる、やってみせる、ジェスチャーで示す、などのいろいろな手段と共に話しかければ、短い文や単語くらいは理解できる。 ② ごく限られた単語を使ったり、誤りの多い話し方をしながらも、何とか自分の欲求や望みだけは伝えられるが、聞き手が繰り返して尋ねたり、いろいろと推測する必要がある。	① 手順を理解することは著しく困難であり、頻繁な助言がなければ対処できない。 ② 1人で判断することは著しく困難であり、頻繁な指示がなければ対処できない。	障害により予定外の休憩あるいは注意を喚起するための監督を頻繁に行っても半日程度しか働けない。	障害に起因する非常に不適切な行動が頻繁に認められる。
F できない (全部喪失)	職場で他の人と意思疎通を図ることができない。	課題を与えられてもできない。	持続力に欠け働くことができない。	社会性に欠け働くことができない。

様式 3

ふりがな 氏名			生年月日	昭・大・昭・平	年	月	日	男・女
障害の原因となった傷病名 (ICD-10分類)								
発病年月日	昭・平	年	月	日	初診年月日	昭・平	年	月 日
上記傷病が治癒（症状が固定した状態を含む）となった日					昭・平	年	月	日
意見書作成医療機関における初診時所見（主訴及び症状）								
<p>障害と関係があると考えられる生活史・既存障害等</p>								
<p>発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、その他参考となる事項</p>								
<p>就労の状況（該当するものを1つ選び、○を付けてください。）</p> <p>就労している 就労していない 不明</p>								
治 療 歴								
医療機関名	治療期間		入院外来別	病 名		主 な 療 法		
	年 月～ 年 月		入院・外来					

精神症状の状態（該当のローマ数字、英数字に○をつけてください。）		左記の状態について、その程度・症状を具体的に記載してください。	
I 抑うつ状態 1 憂うつ気分 2 思考・行動の制止 3 その他			
II 不安の状態 1 恐怖 2 強迫 3 心気性 4 その他			
III 意欲低下の状態 1 関心・自発性の低下 2 その他			
IV 慢性化した幻覚・妄想性の状態 1 幻覚 2 妄想 3 その他			
V 記憶又は知的能力の障害 1 記憶・追想障害 2 仮性認知症 3 その他			
VI その他（衝動性の障害、不定愁訴など） 1 多動 2 衝動行動 3 焦燥感 4 その他			
就労意欲の状態（該当するものを1つ選び、○をつけてください。） 1 概ね正常 2 意欲低下（程度・状態： ） 3 欠落			
能力低下の状態（以下の全ての項目について、該当するものを1つ選び、○をつけてください。） ※			
I 身辺日常生活 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない			
II 仕事、生活に積極性・関心を持つこと 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない			
III 通勤・勤務時間の遵守 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない			
IV 普通に作業を持続すること 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない			
V 他人との意思伝達 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない			
VI 対人関係・協調性 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない			
VII 身辺の安全保持・危機の回避 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない			
VIII 困難・失敗への対応 適切又は概ねできる 時に助言・援助が必要 しばしば助言・援助が必要 できない			
備考（心理検査の結果、アフターケアの要否等）			

※ 各能力の判定の要点は、裏面に記載しているとおりです。

上記のとおり診断いたします

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称 診療担当科

所在地 医師氏名

(裏面)

※ 非器質性精神障害については、8つの能力について、能力の有無及び必要となる助言・援助の程度に着目し、評価を行います。評価を行う際の要点は以下のとおりです。

(1) 身辺日常生活

入浴をすることや更衣をすることなど清潔保持を適切にすることができるか、規則的に十分な食事をすることができるかについて判定して下さい。

なお、食事・入浴・更衣以外の動作については、特筆すべき事項がある場合には加味して判定を行って下さい。

(2) 仕事・生活に積極性・関心を持つこと

仕事の内容、職場での生活や働くことそのもの、世の中の出来事、テレビ、娯楽等の日常生活等に対する意欲や関心があるか否かについて判定して下さい。

(3) 通勤・勤務時間の遵守

規則的な通勤や出勤時間等約束時間の遵守が可能かどうかについて判定して下さい。

(4) 普通に作業を持続すること

就業規則に則った就労が可能かどうか、普通の集中力・持続力をもって業務を遂行できるかどうかについて判定して下さい。

(5) 他人との意思伝達

職場において上司・同僚等に対して発言を自主的にできるか等他人とのコミュニケーションが適切にできるかを判定して下さい。

(6) 対人関係・協調性

職場において上司・同僚と円滑な共同作業、社会的行動ができるかどうか等について判定して下さい。

(7) 身辺の安全保持、危機の回避

職場における危険等から適切に身を守れるかどうかを判定して下さい。

(8) 困難・失敗への対応

職場において新たな業務上のストレスを受けたとき、ひどく緊張したり、混乱することなく対処できるか等の程度適切に対応できるかということを判断して下さい。

意 見 書

提出依頼のあった、_____に発病した脳血管疾患・虚血性心疾患等に係る医学的事項について、下記のとおり意見等を申し述べます。

- 1 初診日、受診の端緒について

- 2 自覚症状及び自覚症状の出現日について

- 3 他覚所見について

- 4 疾患名及び各種検査成績などその診断根拠について

- 5 発症原因について

6 治療経過及び治療内容、現在の病状について

7 基礎疾患の有無について
(有の場合は当該疾患との関連性についての意見等)

8 その他参考事項

年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____

意見書提出依頼のあった、_____に発病した精神障害に係る下記事項について、
下記のとおり意見等を申し述べます。

- 1 当院への初診日について

- 2 当院に受診したきっかけ（来院経路等）及び初診時の主訴について

- 3 初診時における症状について

- 4 疾患名及びそのように診断した根拠について

- 5 発病時期及びそのように診断した根拠について

- 6 発病原因及びそのように診断した根拠について

- 7 治療経過、投薬状況などの治療内容、現在の病状について
既存の精神障害（治療中の精神障害）が、新たな心理的負荷等により悪化している
場合、その時期や診断根拠について
- 8 貴院において治療中に、回復・寛解状態にあった時期、又は、症状が改善し安定し
た状態が一定期間継続していた時期があれば、その時期やそのように判断（診断）さ
れる根拠について
- 9 精神障害の既往歴の有無、有りの場合はその内容について
- 10 当署職員が聴取を行うに当たっての制限又は留意事項
- 11 精神障害が業務が原因で発病したか判断する上で参考となる事項
- 12 意見の裏付けとなる資料等

以上
年 月 日

医療機関名 _____

医師氏名 _____

診 断 (意 見) 書

労働者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)		傷 病 名			
初診年月日		年 月 日		治 療 期 間		年 月 日 ~ 年 月 日	
主訴及び症状所見							
診断	病理検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 組織診(<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検)		年 月 日実施		<input type="checkbox"/> 細胞診(<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水)
	組 織 型	<input type="checkbox"/> 扁平上皮がん <input type="checkbox"/> 腺がん <input type="checkbox"/> 小細胞がん <input type="checkbox"/> 大細胞がん					
	原 発 性	<input type="checkbox"/> 肯 <input type="checkbox"/> 否	[鑑別根拠]				
胸膜ブランクの所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [有の場合はその程度] <input type="checkbox"/> 胸部正面エックス線写真により胸膜ブランクと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により当該陰影が胸膜ブランクとして確認されるもの ^(注1) <input type="checkbox"/> 胸部CT画像上で胸膜ブランクを認め、左右いずれか1側の胸部CT画像上、胸膜ブランクが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がり胸壁内側の1/4以上のもの <input type="checkbox"/> 上記には該当しない胸膜ブランク				
石綿小体・石綿繊維の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注2) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無				
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]				
びまん性胸膜肥厚の併発		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]				
既往症・基礎疾患							
患者の石綿ばく露歴と発症(死亡)との因果関係に関する意見							
その他参考となる事項							

(注1) 胸膜ブランクと判断できる明らかな陰影とは、次のいずれかに該当する場合をいう。

- ・両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの
- ・両側側胸壁の第6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの

(注2) 独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所

医師氏名

診 断 (意 見) 書

労働者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)		傷 病 名			
初診年月日		年 月 日		治 療 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日	
主訴及び症状所見							
診断	病理検査	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 組織診(<input type="checkbox"/> 生検 <input type="checkbox"/> 剖検) 年 月 日実施		<input type="checkbox"/> 細胞診(<input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 胸水) 年 月 日実施		
	組 織 型	<input type="checkbox"/> 上皮型 <input type="checkbox"/> 肉腫型 <input type="checkbox"/> 二相型 <input type="checkbox"/> その他()					
	画像診断	[診断根拠] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()					
	病理診断	[診断根拠] <input type="checkbox"/> 体腔液細胞診 <input type="checkbox"/> 経皮穿刺生検 <input type="checkbox"/> 内視鏡下生検 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 免疫組織化学的染色検査(抗体)					
	他の悪性腫瘍を否定する所見						
胸膜プラークの所見		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [範囲・程度]				
石綿小体・石綿繊維の所見		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無				
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]				
既往症・基礎疾患							
患者の石綿ばく露歴と発症(死亡)との因果関係に関する意見							
その他参考となる事項							

(注)独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所
医師氏名

診 断 (意 見) 書

労働者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)	傷 病 名	
初診年月日		年 月 日	治 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
主訴及び症状所見				
診断	胸水確認 の経過等	・今回の胸水の出現 (<input type="checkbox"/> 初回 ・ 回目) ・今回の胸水継続期間 月 ・最初の胸水出現からの経過年数 年 月 <検査の種類> <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸水穿刺 <input type="checkbox"/> その他()		
	除外診断 の実施等	悪性腫瘍・結核性胸膜炎・リウマチ性胸膜炎等との除外診断の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		[鑑別根拠の内容]		
石綿肺の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[所見の内容]	
胸膜プラーク の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 [範囲・程度]	
石綿小体・ 石綿繊維 の所見		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等 未実施	・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無	
呼吸機能障害		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 未検査	呼吸機能検査実施年月日 平成 年 月 日検査 [%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [%1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (年 月 日検査) [PaO ₂ : Torr] ・ [AaDO ₂ : Torr]	
療養の内容		<input type="checkbox"/> 投薬 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> その他()		
既往症・基礎疾患				
患者の石綿ばく露歴 と発症(死亡)との因果 関係に関する意見				
その他参考 となる事項				

(注)独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所

医師氏名

診 断 （ 意 見 ） 書

[びまん性胸膜肥厚]

労働者の氏名 ・ 生年月日		(年 月 日生)		傷 病 名			
初診年月日		年 月 日		治 療 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日	
主訴及び症状所見							
診断	壁側胸膜との ゆ着の有無及 び範囲・程度	□ 有 □ 無	右側胸膜 [肋横角の消失] □有 □無 [広がり] □1/4未満 □1/4以上 1/2未満 □1/2以上 左側胸膜 [肋横角の消失] □有 □無 [広がり] □1/4未満 □1/4以上 1/2未満 □1/2以上 <検査等の種類> □X線写真 □CT画像 □その他()				
			感染症(細菌性膿胸、結核性胸膜炎)、膠原病(リウマチ性胸膜炎ほか)、薬剤性線維性胸膜炎等との鑑別診断の有無 (□有 □無) [鑑別根拠の内容]				
	鑑別診断 の実施等						
石綿肺の所見		□ 有 □ 無	[所見の内容]				
胸膜プラーク の所見		□ 有 □ 無	[検査等の種類] □X線写真 □CT画像 □胸腔鏡 □手術 □剖検 [範囲・程度]				
石綿小体・ 石綿繊維 の所見		□ 有 □ 無 □ 計測等 未実施	・石綿小体 □有 □無 □計測等未実施 ・石綿繊維 □有 □無 □計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] □上葉 □中葉 □下葉 標準的な方法 ^(注) による計測でない場合は具体的な方法: 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 □有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) □無				
呼吸機能障害		□ 有 □ 無 □ 未検査	呼吸機能検査実施年月日 平成 年 月 日検査 [%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [%1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 □有 □無 (年 月 日検査) [PaO ₂ : Torr] ・ [AaDO ₂ : Torr] ※1 スパイロメトリー検査及びフローボリューム曲線検査については、最低3回以上実施した上で、最良の検査結果を記載してください。 ※2 これらの検査結果が記録されたグラフ、検査結果報告書を添付してください(必須)。				
療養の必要性		□投薬 □在宅酸素療法 □その他()					
既往症・基礎疾患							
患者の石綿ばく露歴 と発症(死亡)との因 果関係に関する意見							
その他参考 となる事項							

(注) 独立行政法人労働者健康安全機構・同環境再生保全機構発行「石綿小体計測マニュアル」の最新版に示された方法

※ 根拠となった資料の写しを添付してください。

添付資料	□診療録 □病理検査記録 □臨床検査結果 □X線写真 □CT画像 □その他()
------	--

年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所
医師氏名

回 答 書

死亡労働者の氏名・生年月日	(年 月 日生)		死亡年月日	年 月 日
			傷 病 名	
初診年月日	年 月 日		治 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日
石綿肺の所見	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	[確認方法] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他()		
		[所見の内容]		
胸膜ブランクに係る情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	[検査等の種類] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸腔鏡 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検		
		[有の場合はその程度]		
		<input type="checkbox"/> 胸部正面エックス線写真により胸膜ブランクと判断できる明らかな陰影が認められ、かつ、胸部CT画像により当該陰影が胸膜ブランクとして確認されるもの ^(注) <input type="checkbox"/> 胸部CT画像上で胸膜ブランクを認め、左右いずれか1側の胸部CT画像上、胸膜ブランクが最も広範囲に描出されたスライスで、その広がりが胸壁内側の1/4以上のもの <input type="checkbox"/> 上記には該当しない胸膜ブランク		
石綿小体・石綿繊維に係る情報	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 <input type="checkbox"/> 不明	[確認方法] <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 剖検記録 <input type="checkbox"/> その他()		
		・石綿小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石綿繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入]		
		計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石綿小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 <input type="checkbox"/> 不明 気管支肺胞洗浄液1ml中 石綿小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石綿小体 本 石綿繊維 本) <input type="checkbox"/> 無		

(注) 胸膜ブランクと判断できる明らかな陰影とは、次のいずれかに該当する場合をいう。

- ・両側又は片側の横隔膜に、太い線状又は斑状の石灰化陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの
- ・両側側胸壁の第6から第10肋骨内側に、石灰化の有無を問わず非対称性の限局性胸膜肥厚陰影が認められ、肋横角の消失を伴わないもの

※ 根拠となった資料の写しを添付して下さい。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所

医師氏名

回 答 書

死亡労働者の氏名・生年月日	(年 月 日生)	死亡年月日	年 月 日
		傷病名	
初診年月日	年 月 日	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日
胸水確認の経過等	・最初の胸水出現時期 年 月 日 ・その後の胸水治療経過 年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日 年 月 日 ～ 年 月 日 [確認方法] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 胸水穿刺 <input type="checkbox"/> その他()		
石棉肺の所見	<input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 不明	[確認方法] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他()	
		[所見の内容]	
胸膜プラークに係る情報	<input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 不明	[確認方法] <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> 剖検 <input type="checkbox"/> その他()	
		[範囲・程度]	
石棉小体・石棉繊維に係る情報	<input type="checkbox"/> 有・無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 <input type="checkbox"/> 不明	[確認方法] <input type="checkbox"/> 手術記録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 剖検記録 <input type="checkbox"/> その他() ・石棉小体 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 ・石棉繊維 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 計測等未実施 [有の場合は以下に記入] 計測等実施機関 乾燥肺重量1g当たり 石棉小体 本 [検体採取場所] <input type="checkbox"/> 上葉 <input type="checkbox"/> 中葉 <input type="checkbox"/> 下葉 <input type="checkbox"/> 不明 気管支肺胞洗浄液1ml中 石棉小体 本 肺組織切片中 <input type="checkbox"/> 有 (石棉小体 本 石棉繊維 本) <input type="checkbox"/> 無	
		呼吸機能検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (年 月 日検査) 直近の[%肺活量: %] ・ [1秒率: %] ・ [%1秒量: %] 動脈血ガス測定検査の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (年 月 日検査) 直近の[PaO2 : Torr] 直近の[AaDO2 : Torr]	

※ 根拠となった資料の写しを添付して下さい。

添付資料	<input type="checkbox"/> 診療録 <input type="checkbox"/> 病理検査記録 <input type="checkbox"/> 臨床検査結果 <input type="checkbox"/> X線写真 <input type="checkbox"/> CT画像 <input type="checkbox"/> その他()
------	--

年 月 日

労働基準監督署長 殿

病院
診療所

医師氏名

振 動 障 害 診 断 所 見 書



1. 氏 名 等

氏 名		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
		現 住 所			
認 定 年 月 日	年 月 日		治 療 区 分	入院・通院 (回/週・月)	
就 労	無・有 ()		療 養 中 の 振 動 工 具 の 使 用	無・有 ()	


(注)「就労」及び「療養中の振動工具の使用」欄は、療養中の実態のことであり、()内はその概要を記入すること。

2. 末梢循環障害、末梢神経障害の自覚症状・身体所見

(1) 末梢循環障害(V)

項 目 及 び 部 位		発 現	程 度 (レイノー現象については頻度)	レイノー現象 の 確 認	自訴がある が未確認	・確認	確認の方法 ()
レイノー現象		無・有	回/日・週・月・年 時期:	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">(右) </div> <div style="text-align: center;">(左) </div> </div>			
手指の冷え	左	無・有	±・＋・++・+++				
	右	無・有	±・＋・++・+++				
手指のしびれ	左	無・有	±・＋・++・+++				
	右	無・有	±・＋・++・+++				
その他 ()		無・有	±・＋・++・+++				
総 合 評 価		S()					

(注1) 末梢循環障害「有」の場合は、上図に発現部位等を色で図示すること(表示は何節までかもはっきり示すこと)。

 レイノー現象(赤色)

 冷え(青色)

 しびれ(黒色)

(注2) 程度の評価は、次の区分により記入すること。

(±) わずかにある

(＋) ある

(++) かなりある

(+++) ひどくある

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

S₀=(－、±)

S₁=(＋)

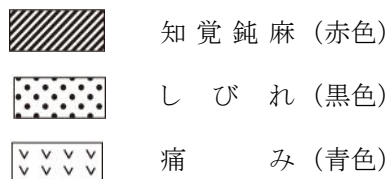
S₂=(++)

S₃=(+++)

(2) 末梢神経障害(N)

項目及び部位		発現	程 度
知覚鈍麻	左	無・有	±・＋・＋＋・＋＋
	右	無・有	±・＋・＋＋・＋＋
手指・前腕のしびれ	左	無・有	±・＋・＋＋・＋＋
	右	無・有	±・＋・＋＋・＋＋
手指・前腕の痛み	左	無・有	±・＋・＋＋・＋＋
	右	無・有	±・＋・＋＋・＋＋
その他()		無・有	±・＋・＋＋・＋＋
総合評価		S()	

(注1) 末梢神経障害「有」の場合は、右図に発現部位等を色で図示すること(何節までかもはっきり示すこと)。

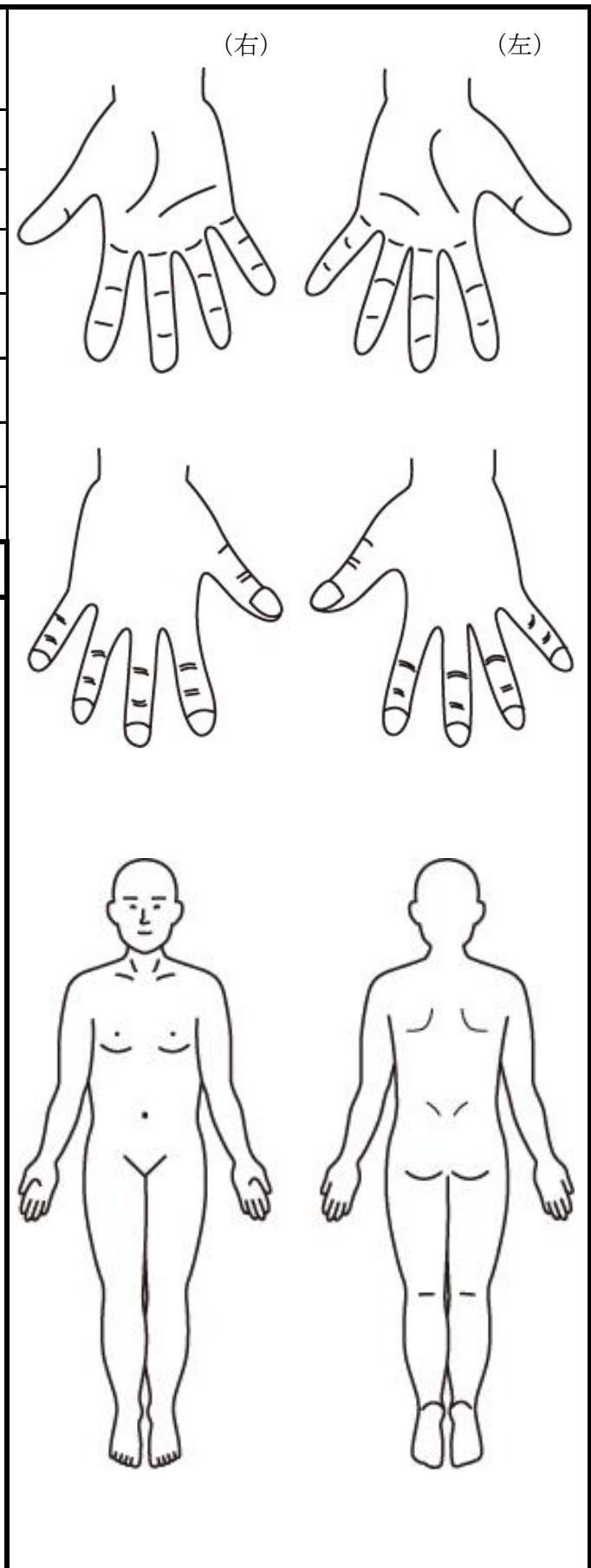


(注2) 程度の評価は、次の区分により記入すること。

- (±) わずかにある
 (＋) ある
 (＋＋) かなりある
 (＋＋＋) ひどくある

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

- $S_0 = (一、±)$
 $S_1 = (＋)$
 $S_2 = (＋＋)$
 $S_3 = (＋＋＋)$



3. 運動器(骨・関節系)障害の自覚症状・身体所見等

(1) 指、関節の症状

区 分		指		手 関 節		肘 関 節	
		左	右	左	右	左	右
変 形		－・＋（ ）	－・＋（ ）	－・＋	－・＋	－・＋	－・＋
腫 脹		－・±・＋・++・+++ ()	－・±・＋・++・+++ ()	－・±・＋・++・+++	－・±・＋・++・+++	－・±・＋・++・+++	－・±・＋・++・+++
圧 痛		－・±・＋・++・+++ ()	－・±・＋・++・+++ ()	－・±・＋・++・+++	－・±・＋・++・+++	－・±・＋・++・+++	－・±・＋・++・+++
運 動 痛		－・±・＋・++・+++ ()	－・±・＋・++・+++ ()	－・±・＋・++・+++	－・±・＋・++・+++	－・±・＋・++・+++	－・±・＋・++・+++
運動痛の状況							
関 節 の 可 動 域	背 屈 (又は伸展)	() 。	() 。	。	。	。	。
	掌 屈 (又は屈曲)	() 。	() 。	。	。	。	。
	前 腕 回内					。	。
	前 腕 回外					。	。
	備 考						

(注1) 「指」については異常のある指名を()に記入すること。

(注2) 障害の程度は、次の区分により記入すること。

(－) ない (±) わずかにある

(＋) ある (++) かなりある

(+++) ひどくある

(注3) 「運動痛の状況」は、例えば、最大伸展、最大屈曲時の痛み、運動域全体にわたる痛み、安静時にも痛むのように記入すること。

(注4) 「関節の可動域」については、測定値を記入すること(測定は年1回行うこと)。

(注5) 既往症による異常については、「備考」に外傷等のように記入すること。

(2) 尺骨神経麻痺症状

区 分	変 形 (驚 手)	紙ハサミ力 低 下	尺 骨 神 經 溝			
			圧 痛	肥 厚	脱 臼	放 散 痛
左	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋
右	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋	－・±・＋・＋・＋・＋

区 分	手 術 の 要 否 と 治 療 方 針
左	不要・要（ ）
右	不要・要（ ）

(注)「手術の要否と治療方針」は次の例を参考に記載すること。

(例) 不要(月1回経過観察)

要(出来るだけ早く移行術を行う。)

(3) 総合評価による疾病名等

疾 病	無 ・ 有（ ）
-----	----------

手 術 的 療 法 の 要 否	不要・要（ ）
--------------------	---------

4. 末梢(循環・神経)障害機能検査

(1) 常温下検査

区 分		左 手				右 手				総合評価
		示 指	中 指	環 指	小 指	示 指	中 指	環 指	小 指	
循環機能検査	手指皮膚温 (℃)	()	()	()	()	()	()	()	()	L ()
	爪 圧 迫 (秒)	()	()	()		()	()	()		L ()
神経機能検査	痛 覚 (g)	()	()	()		()	()	()		L ()
	振 動 覚 (125Hz)	()	()	()		()	()	()		L ()
	振 動 覚 (Hz)	()	()	()		()	()	()		L ()

室 温	℃	気 温	℃
痛覚計の型式		検 査 者 名	
検 査 年 月 日	平成 年 月 日		

(注1) 検査値は測定値を記入すること。

(注2) ()内は評価で、－、±、＋、++、+++ と記入すること。

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

L₀=(－、±)

L₁=(＋)

L₂=(++)

L₃=(+++)

(2) 冷水負荷検査

区 分		検 指	負荷前	負 荷 開 始 後					終 了 後		回 復 率		総合 評価
		左・右		6分	7分	8分	9分	10分 (又は 直後)	5分	10分	5分率	10分率	
循環機能検査	手指皮膚温 (℃)	示・中・環		()	()	()	()	()	()	()	%	%	L ()
	爪 圧 迫 (秒)	示・中・環						()	()	()			L ()
神経機能検査	痛 覚 (g)	示・中・環						()	()	()			L ()
	振 動 覚 (125Hz)	示・中・環						()	()	()			L ()
	振 動 覚 (Hz)	示・中・環						()	()	()			L ()

室 温	℃	気 温	℃
負 荷 温 度	℃	痛 覚 計 の 型 式	
検 査 年 月 日	平成 年 月 日	検 査 者 名	

(注1) 検査値は測定値を記入すること。

(注2) ()内は評価で、一、±、＋、++、+++ と記入すること。

(注3) 総合評価は次の区分により記入すること。

L₀=(一、±) L₁=(＋)L₂=(++) L₃=(+++)

5. その他の検査等

エックス線	手 関 節		肘 関 節		そ の 他	
	左	右	左	右	部位()	
瞬 発 握 力	〔 利 き 手 〕 左 ・ 右	区 分	瞬発握力(kg)		1 回 目	2 回 目
		左				
		右				
血 圧	～ mmHg					
振動障害以外の 他の疾病の有無 及び疾病名	無・有()					
そ の 他						

(注1)「エックス線」の検査は、原則として3～5年に1回(必要に応じて1年に1回)とすること。

(注2)「瞬発握力」は、握力検査の最初の2回の大きい方の値とすること。

(注3)「その他」は、サーモグラフィー検査、指尖容積脈波検査、血管造影検査、体性感覚誘発電位検査、神経伝導速度検査、筋電図検査、手指の運動等必要と思われた検査を実施した場合のみ記入すること。

6. 総合判定

判	末梢循環障害（V）		末梢神経障害（N）	
	自覚症状 身体所見	検査成績	自覚症状 身体所見	検査成績
	S（ ）	L（ ）	S（ ）	L（ ）
	運動器障害			
定	1. 疾病の有無 無・有（ ）			
	2. 手術的療法 不要・要（ ）			

7. 総合意見等

治療内容、治療経過等について	
症状経過、治療効果等についての意見	

平成 年 月 日

診療機関

医師氏名

印

振 動 障 害 に 関 す る 意 見 書			
1 氏 名			2 生年月日
	(男・女)		明 治 大 正 昭 和 年 月 日
3 住 所			
4 現 在 の 自 覚 症 状 と 検 査 所 見	末 梢 循 環 障 害	自覚症状	
		V (S)	
	末 梢 神 経 障 害	検査所見	
		V (L)	
	末 梢 神 経 障 害	自覚症状	
		N (S)	
運 動 器 障 害	検査所見		
	N (L)		
		障害 有 無 手術 要 否	

5 当 院 に お け る 経 過	末 梢 循 環 障 害	自覚症状の経過 検査所見の経過
	末 梢 神 経 障 害	自覚症状の経過 検査所見の経過
	運 動 器 障 害	自覚症状の経過 検査所見の経過

6 治療内容 及びその 効果	
7 他疾患の 有無と その概要	
8 総合 意見	(症状固定の見込時期等を含めての意見)

上記のとおり意見を申し述べます。

平成 年 月 日

病院又は診療所の
所在地

名 称

診断医師名

印

(記名押印又は署名)

(☎

)

業務災害用
複数業務要因災害用

労働者災害補償保険
休業補償給付支給請求書 第 回
複数事業労働者休業給付支給請求書
休業特別支給金支給申請書(同一傷病分)

標準字体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
アイウエオカキクケコサシスセソタチツテトナニヌ													
ネノハヒフヘホマミムメモヤユヨラリルレロワ													

※帳票種別 ①管轄局署 ③新継再別 ④受付年月日 ⑧業通別 ⑨三者コード ⑩日雇コード ⑪特別加入者

34360 1新5継7再 1業3通 1自3労5他 1日 1特

⑦平均賃金 ⑫特別給与の額 ⑬日数査定 ⑭特支コード ⑮委任未支給 ⑯特別コード

※ 10万 万 千 百 十 円 十 銭 10万 百万 十 万 千 百 十 円 1療2賃3待4他5他 1特 1委3未 1特

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。

三、〇〇〇で表示された枠(以下、記入枠という。)に記入する文字は、光学的文字読取装置(OCR)で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

②労働保険番号 ⑤労働者の性別 ⑥労働者の生年月日 ⑦負傷又は発病年月日

シメイ(カタカナ)：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑫労働者氏名 (歳) ⑦郵便番号 ⑩賃金を受けなかった日の日数(内訳別紙2のとおり)

⑬療養のため労働できなかった期間 ⑭口座番号(左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号(5桁)は左詰め、番号は右詰めで記入し、空欄には「0」を記入。)

⑮預金の種類 ⑯メイギニン(カタカナ)：姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑰振替の金名 ⑱口座名義人 ⑲金融機関コード ⑳郵便局コード

⑫の者については、⑦、⑬、⑭、⑮から⑲まで(⑲のハを除く。)及び別紙2に記載したとおりであることを証明します。

年 月 日 事業の名称 電話() - 事業場の所在地 〒 - 事業主の氏名 (法人その他の団体であるときはその名称及び代表者の氏名)

労働者の直接所属事業場名称所在地 電話() -

(注意) 1. ⑲の(イ)及び(ロ)については、⑫の者が厚生年金保険の被保険者である場合に限り証明してください。

2. 労働者の直接所属事業場名称所在地については、労働者が直接所属する事業場が一括適用の取扱いを受けている場合に、労働者が直接所属する支店、工事現場等を記載してください。

⑳傷病の部位及び傷病名 ㉑療養の期間 ㉒療養の現況 ㉓療養のため労働することができなかったと認められる期間

年 月 日から 年 月 日まで 日間 診療実日数 日

年 月 日 治療(症状固定)・死亡・転医・中止・継続中

年 月 日から 年 月 日まで 日間のうち 日

⑫の者については、㉑から㉓までに記載したとおりであることを証明します。

年 月 日 〒 - 電話() -

病院又は診療所の名称 診療担当者氏名

住所 (方)

請求人の氏名

労働基準監督署長 殿

上記により休業補償給付又は複数事業労働者休業給付の支給を請求します。

年 月 日 〒 - 電話() -

住所 (方)

請求人の
申請人

氏名

労働基準監督署長 殿

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合には、(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

通勤災害用

労働者災害補償保険

休業給付支給請求書 第 回
休業特別支給金支給申請書 (同一傷病分)

標準	字	体	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	〃	。	ー
ア	イ	ウ	エ	オ	カ	キ	ク	ケ	コ	サ	シ	ス	セ	ソ	タ
チ	ツ	テ	ト	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	ヒ	フ	ヘ	ホ	マ	ミ
ム	メ	モ	ヤ	ユ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ン			

※帳票種別	①管轄局署	③新継再別	④受付年月日	⑧業通別	⑨三者コード	⑩日雇コード	⑪特別加入者
34360		1新5継7再		3	1業 3通	1自 3労 5他	1日

⑦平均賃金	⑩特別給与の額	⑬日数査定	⑭特支コード	⑮委任未支給	⑯特別コード
10万 万 千 百 十 円 十 銭	10万 10万 千 百 十 円	1療 2賃 3待 4重 5他	1特	1委 3未	1特

②労働保険番号	⑤労働者の性別	⑥労働者の生年月日	⑦負傷又は発病年月日
	1男 3女		

⑫労働者名	⑦郵便番号

⑬療養のため労働できなかった期間	⑭賃金を受けなかった日の日数 (内訳別紙2のとおり。)

⑮下の欄、⑮、⑯、⑰及び⑱欄は、口座を新規に届け出る場合又は届け出た口座を変更する場合のみ記入してください。	⑲預金の種類	⑳口座番号 (左詰め。ゆうちょ銀行の場合は、記号 (5桁) は左詰め、番号は右詰め記入し、空欄には「0」を記入。)
	1普通 3当座	

⑰振替の金名	⑱メイギニン (カタカナ) : 姓と名の間は1文字あけて記入してください。濁点・半濁点は1文字として記入してください。

⑰振替の金名	⑱メイギニン (カタカナ)

⑰振替の金名	⑱メイギニン (カタカナ)

⑲療養の現況	⑳療養のため労働することができなかったと認められる期間

⑲療養の現況	⑳療養のため労働することができなかったと認められる期間

⑲療養の現況	⑳療養のため労働することができなかったと認められる期間

⑲療養の現況	⑳療養のため労働することができなかったと認められる期間

⑲療養の現況	⑳療養のため労働することができなかったと認められる期間

⑲療養の現況	⑳療養のため労働することができなかったと認められる期間

⑲療養の現況	⑳療養のため労働することができなかったと認められる期間

※印の欄は記入しないでください。
(職員が記入します。)

◎裏面の注意事項を読んでから記入してください。

折り曲げる場合には、(▲)の所を谷に折りさらに2つ折りにしてください。

(注意) 一、二、三、記入枠の部分は、必ず黒のボールペンを使用し、様式右上に記載された「標準字体」にならって、枠からはみださないように大きめのカタカナ及びアラビア数字で明瞭に記載してください。

二、記載すべき事項のない欄又は記入枠は、空欄のままとし、事項を選択する場合又は該当事項を○で囲んでください。ただし、⑤及び③欄並びに⑥⑦及び⑩欄の番号については該番号を記入枠に記入してください。

三、□□□で表示された枠 (以下、記入枠という。) に記入する文字は、光学的文字読取装置 (OCR) で直接読取りを行うので、汚したり、穴をあけたり、必要以上に強く折り曲げたり、のりづけたりしないでください。

上記により 休業給付の支給を請求します。

年 月 日

住所

請求人の
申請人

氏名

労働基準監督署長 殿

労働者災害補償保険
労災付添看護費用の額の証明書

(記入上の注意) 労働者との続柄欄には、親族、友人の關係にある場合は、その旨(例えば母、長女、おば、義母、妻、友人等)を記入して下さい。

労働者氏名	(歳)		負傷又は発病年月日	年	月	日
看護担当者氏名	看護資格の有無		保・助・看・准	免許(第 号)・無		
看護実施期間	年 月 日から		年 月 日まで	日間		
医師及び歯科医師の証明	傷病名			入院年月日	年	月 日
	傷病経過の概要					
	支給要件		付添看護を必要と認める期間及び看護形態			
	イ 病状が重篤のため常時要監視、随時要処置	年 月 日から	年 月 日まで	日間のうち	人付	日間
	ロ 手術等のための常時要監視、随時要処置	年 月 日から	年 月 日まで	日間のうち	人付	日間
	ハ 体位変換又は床上起座が不可または不能	年 月 日から	年 月 日まで	日間のうち	人付	日間
	ニ 食事・用便ともに常時要介助	年 月 日から	年 月 日まで	日間のうち	人付	日間
	<p>上記期間中、付添看護が行われたこと及びそれを必要とする状態にあったことを証明します。</p> <p>医療機関の 所在地 ① 電話番号() -</p> <p>名称</p> <p>診療担当者氏名</p> <p>年 月 日</p>					
付添看護料の内訳	傷病加算の有無	せき損・じん肺・頭部外傷・その他()・無				
	形態	基準看護料×割増加算＝	日 額	日 数	金 額	摘 要
	普通看護	円× 倍＝	円	日	円	月 日から 月 日まで
	泊込看護	円× 倍＝	円	日	円	月 日から 月 日まで
	徹夜看護	円× 倍＝	円	日	円	月 日から 月 日まで
	小 計	①		円		
	その他の看護費用の内訳	受付手数料・紹介手数料 第二種特別加入保険料に充てるべき手数料		円		
	小 計	②		円		
	合 計 (①+②)			円		
看護担当者の証明	領収金額	円		住 所 ①		
	上記の金額を領収したことを証明します。		看護担当者	電話番号() -		
	年 月 日		名 称			
	労働者との続柄()(歳)					
紹介機関の証明	領収金額	円		年 月 日		
	左記の金額を領収したことを証明します。		住 所 ①			
	年 月 日		電話番号() -			
	紹介機関の 名 称					
	代 表 者 氏 名					

(備考)

この証明書は、労働省告示第10号(昭和35.4.1)による様式第7号(1)「療養補償給付たる療養の費用請求書」又は様式第16号の5(1)の「療養給付たる療養の費用請求書」に添付すること。