

(他)

氏名 (フリガナ)		昭和 平成 年 月 日生 (歳)		男 ・ 女	
住 所		住所地の郵便番号		郡市区 町区 村	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日		昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)	
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)	
④ 傷病の原因又は誘因		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)		⑤ 既存障害	
				⑥ 既往症	
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合………治った日 平成 年 月 日		確 認 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おける初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項		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 現在の症状、その他参考となる事項					
⑪ 計 測		身長 cm		体重 kg	
[平成 年 月 日] 測 定		[健康時] kg		現在 kg	
視野		調節機能		握力 右 kg 左 kg	
				視力 右眼 裸眼 矯正 左眼 裸眼 矯正	
				聴力レベル 最良語音明瞭度	
				最大 mmHg 最小 mmHg	
				右耳 dB % 左耳 dB %	
				血 圧	
⑫ 一般状態区分表 (平成 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、肉体的労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの 例へば、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					
⑬ 血液・造血器 (平成 年 月 日現症)					
1 臨床所見			2 血液検査成績 (平成 年 月 日)		
(ア) 自覚症状			(イ) 末梢血液		
疲労感 (無・有・著)			赤血球 ×万/μl		
動悸 (無・有・著)			ヘモグロビン濃度 g/dl		
息切れ (無・有・著)			ヘマトクリット %		
発熱 (無・有・著)			白血球 /μl		
関節症状 (無・有・著)			顆粒球 /μl		
易感染性 (無・有・著)			単球 /μl		
(イ) 他覚所見			リンパ球 /μl		
リンパ節腫脹 (無・有・著)			病的細胞 %		
出血傾向 (無・有・著)			血小板 ×万/μl		
紫斑 (無・有・著)			網赤血球数 %		
肝腫 (無・有・著)			血清総蛋白 g/dl		
脾腫 (無・有・著)					
3 輸血の回数及び総量			(イ) 骨 髄		
回 計 ml			有核細胞 ×万/μl		
(平成 年 月 日～平成 年 月 日)			巨核球 /μl		
			赤芽球 %		
			顆粒球 %		
			リンパ球 %		
			病的細胞 %		
			顆粒球(G)と赤芽球(E)との比(G/E)		
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量			(ウ) 出血傾向		
回 計 ml			出血時間 (法) 分		
(平成 年 月 日～平成 年 月 日)			A P T T (基準値 秒) 秒		
5 造血幹細胞移植			6 その他の所見		
無・有 (平成 年 月 日)			(エ) その他		
経過 ()			CRP 検査値 LDH 施設基準値 検査値		

(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。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを踏取した年月日を記入してください。

(お願い) 本文の欄は、記入漏れがないように記入してください。

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。)