

診断書の見直し案

〔血液・造血器
その他の
の障害用〕

診 断 書

(他)

(フリガナ) 氏名		生年月日		昭和 平成	年 月 日生 (歳)	性別	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 傷病の発生日		昭和 平成	年 月 日	診療録で確認 本人の申告 (年 月 日)									
④ 傷病の原因 又は誘因		⑤ 既存 障害		昭和 平成	年 月 日	診療録で確認 本人の申告 (年 月 日)									
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									
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)		傷病が治っていない場合……………症状のよくなる見込		有 ・ 無 ・ 不明											
⑨ 現在までの治療の内 容、反応、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									
⑩ 現在の症状、その他 参考となる事項		手術歴		手術名()		手術年月日(年 月 日)									
⑪ 計 測		身長	体重	現在	kg	握力	右	kg	視力	右眼	裸眼	矯正			
(平成 年 月 日)		cm	kg	健康時	kg		左	kg		左眼	裸眼	矯正			
視野		調節機能	聴力レベル		最大	mmHg		最良語音明瞭度		最小		mmHg			
			右耳	dB	%	血 圧		左耳		dB	%				
			左耳	dB	%										
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 例え、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															
(1) 自覚症状				(3) 検査成績											
易疲労感 (無・有・著)				ア 末梢血液検査(平成 年 月 日)				イ 凝固系検査(平成 年 月 日)							
動 悸 (無・有・著)				※アの欄は、治療を行う前の日付、検査数値を記入してください。				※イの欄は、最も適正に病状をあらわした日付、検査数値を記入してください。							
息 切 れ (無・有・著)				ヘモグロビン濃度 () g/dL				凝固因子活性(第 因子) () %							
発 熱 (無・有・著)				血 小 板 () / μ L				vWF活性 () %							
紫 斑 (無・有・著)				赤 血 球 () / μ L				インヒビター (無 ・ 有)							
月 経 過 多 (無・有・著)				網 赤 血 球 () / μ L				A P T T () 秒							
関 節 症 状 (無・有・著)				白 血 球 () / μ L				P T () 秒							
(2) 他覚所見				好 中 球 () / μ L				ウ その他の検査							
易 感 染 性 (無・有・著)				リ ン パ 球 () / μ L				画像検査(検査名) (平成 年 月 日)							
リンパ節腫脹 (無・有・著)										所見 ()					
出 血 傾 向 (無・有・著)										他の検査(検査名) (平成 年 月 日)					
血 栓 傾 向 (無・有・著)										所見 ()					
肝 腫 (無・有・著)															
脾 腫 (無・有・著)															
2 治療状況				3 その他の所見											
赤血球輸血 (月 回)				血小板輸血 (月 回)											
補充療法 (月 回)				新鮮凍結血漿 (月 回)											
造血幹細胞移植 (無 ・ 有) 有の場合(平成 年 月 日)															
慢性GVHD (無 ・ 有) 有の場合(軽症・中等症・重症)															
所見															

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

(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。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

⑭ 免疫機能障害 (平成 年 月 日現在)

1 検査成績

検査項目	検査日	単位			平均値
CD4陽性Tリンパ球数		/μL			

(現症日以前の4週間以上の間隔を以て実施した連続する直近2回の検査結果を記入し、一番右の欄にはその平均値を記入してください。)

検査項目	検査日	単位			
白血球数		/μL			
ヘモグロビン量		g/dL			
血小板数		万/μL			
HIV-RNA量		コピー/mL			

(現症日以前の4週間以上の間隔を以て実施した連続する直近2回の検査結果を記入してください。)

2 身体症状等

- ①1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月に7日以上ある (有・無)
- ②病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある (有・無)
- ③月に7日以上不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く (有・無)
- ④1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある (有・無)
- ⑤1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある (有・無)
- ⑥動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する (有・無)
- ⑦抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある (①～⑥の症状を除く)(抗HIV療法を実施している場合) (有・無)
- ⑧新鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である (有・無)
- ⑨1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある (有・無)
- ⑩医学的な理由により抗HIV療法ができない状態である (はい・いいえ)

3 現在持続している副作用の状況

- 代謝異常 リポアトロフィー 肝障害 腎障害 精神障害 神経障害
- その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)

4 エイズ発症の既往の有無

有 無

5 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態である

はい・いいえ

6 肝炎の状況 (薬剤性 ・ B型 ・ C型 ・ その他()) (肝炎を発症している場合は必ず記載してください。)

(1) 検査所見

検査項目	検査日	単位			
血清アルブミン		g/dL			
AST(GOT)					
ALT(GPT)					
プロトロンビン時間		%			
延長秒					
総ビリルビン(※)		mg/dL			

(2) 臨床所見

- 食道静脈瘤 無・有 (内視鏡による、X線造影による、その他())
- 肝硬変 無・有 (代償性、非代償性)
- 肝細胞癌 無・有
- 肝性脳症 無・有 (1年以内に発症したことがある)
- 腹水 無・有 ・著
- 消化管出血 無・有 (1年以内に発症したことがある)
- (※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用 無・有)

⑮ その他の障害 (平成 年 月 日現在)

1 症状

(1) 自覚症状

2 検査成績

(1) 血液・生化学検査

検査項目	検査日	単位	施設基準値			
赤血球数		万/μL				
ヘモグロビン濃度		g/dL				
ヘマトクリット		%				
血清総蛋白		g/dL				
血清アルブミン		g/dL				

(2) 他覚所見

(2) その他の検査成績

3 人工臓器等

- (1) 人工肛門造設 無・有 造設年月日: 平成 年 月 日 (4) 自己導尿の常時施行 無・有 開始年月日: 平成 年 月 日
- 閉鎖年月日: 平成 年 月 日 (5) 完全尿失禁状態 無・有 (カテーテル留置: 平成 年 月 日)
- (2) 尿路変更術 無・有 造設年月日: 平成 年 月 日 閉鎖年月日: 平成 年 月 日
- (3) 新膀胱造設 無・有 手術年月日: 平成 年 月 日 (6) その他の手術 無・有 () 平成 年 月 日

⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入して下さい)

⑰ 予後 (必ず記入して下さい)

⑱ 備考

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないください。)

記入上の注意

- 1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日(その期間内に治ったときは、その日)において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表(以下「施行令別表」という。)に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

〔 また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者になろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕

- 2 診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めております。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと思われる場合に使用してください。

様式第120号の1	眼の障害用
様式第120号の2	聴覚・鼻腔機能・平衡機能、そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能の障害用
様式第120号の3	肢体の障害用
様式第120号の4	精神の障害用
様式第120号の5	呼吸器疾患の障害用
様式第120号の6 - (1)	循環器疾患の障害用
様式第120号の6 - (2)	腎疾患・肝疾患、糖尿病の障害用

- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 4 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。
- 5 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) 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がありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑮の1欄は、なるべく具体的に記入してください。
 - (3) ⑮の2欄は、血液・生化学検査値のうち、病状を適切に表していると思われるものを記入してください。

診断書

〔血液・造血器の障害
その他〕

(現行)

国民年金保険
厚生年金
船員共済
厚船共済

(他)

(フリガナ) 氏名		昭和 平成 年 月 日生 (歳)		男 ・ 女	
住所		住所地の郵便番号		市区町村	
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 診療録で確認して本人の申立ての日	
④ 傷病の原因又は誘因		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 診療録で確認して本人の申立ての日	
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。		⑤ 既存障害		⑥ 既往症	
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		現在 kg		健康時 kg	
視野		握力 右 kg		視力 右眼 裸眼 矯正	
調節機能		左 kg		左眼 裸眼 矯正	
		聴力レベル 右耳 dB		最大 mmHg	
		左耳 dB		最小 mmHg	
		聴力レベル 左耳 dB		聴力レベル 最良語音明瞭度 %	
				聴力レベル 最良語音明瞭度 %	
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 例え、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 (ア) 自覚症状			2 血液検査成績 (平成 年 月 日)		
疲労感 (無・有・著)			(ア) 末梢血液		
動悸 (無・有・著)			赤血球 ×万/μl		
息切れ (無・有・著)			ヘモグロビン濃度 g/dl		
発熱 (無・有・著)			ヘマトクリット %		
関節症状 (無・有・著)			白血球 /μl		
易感染性 (無・有・著)			顆粒球 /μl		
(イ) 他覚所見			単球 %		
リンパ節腫脹 (無・有・著)			リンパ球 /μl		
出血傾向 (無・有・著)			病的細胞 %		
紫斑 (無・有・著)			病的細胞 %		
肝腫 (無・有・著)			血小板 ×万/μl		
脾腫 (無・有・著)			網赤血球数 %		
			血清総蛋白 g/dl		
3 輸血の回数及び総量			(エ) その他		
回計 ml			CRP 検査値		
(平成 年 月 日～平成 年 月 日)			LDH 施設基準値 検査値		
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量			6 その他の所見		
回計 ml					
(平成 年 月 日～平成 年 月 日)					
5 造血幹細胞移植					
無・有 (平成 年 月 日)					
経過 ()					

「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、それを聴取した年月日を記入してください。

(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。

(お願い) 太文字の欄は、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。)

⑭ 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)

1 検査成績

検査項目	検査日	単位	. . .	平均値
CD4陽性Tリンパ球数		/ μ l		

(現症日以前の4週間以上の間隔を置いて実施した連続する直近2回の検査結果を記入し、一番右の欄にはその平均値を記入してください。)

検査項目	検査日	単位	. . .
白血球数		/ μ l	
ヘモグロビン量		g/dl	
血小板数		万/ μ l	
HIV-RNA量		コピー/ml	

(現症日以前の4週間以上の間隔を置いて実施した連続する直近2回の検査結果を記入してください。)

2 身体症状等

- ①1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月に7日以上ある (有・無)
- ②病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある (有・無)
- ③月に7日以上、不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く (有・無)
- ④1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある (有・無)
- ⑤1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある (有・無)
- ⑥動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する (有・無)
- ⑦抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある (有・無)
(①～⑥の症状を除く)(抗HIV療法を実施している場合)
- ⑧新鮮食品品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である (有・無)
- ⑨1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある (有・無)
- ⑩医学的な理由により抗HIV療法ができない状態である (はい・いいえ)

3 現在持続している副作用の状況

- 代謝異常 リポアトロフィー 肝障害 腎障害 精神障害 神経障害
- その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)

()

4 エイズ発症の既往の有無

有 無

有・無

5 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態である

はい・いいえ

6 肝炎の状況 (薬剤性 ・ B型 ・ C型 ・ その他()) (肝炎を発症している場合は必ず記載してください。)

(1) 検査所見

検査項目	検査日	単位	. . .
血清アルブミン		g/dl	
A S T (G O T)			
A L T (G P T)			
プロトロンビン時間		%	
延長秒			
総ビリルビン(※)		mg/dl	

(2) 臨床所見

- 食道静脈瘤 無・有 (内視鏡による、X線造影による、その他())
- 肝硬変 無・有 (代償性、非代償性)
- 肝細胞癌 無・有
- 肝性脳症 無・有 (1年以内に発症したことがある)
- 腹水 無・有・著
- 消化管出血 無・有 (1年以内に発症したことがある)
- (※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用 無・有)

⑮ その他の障害 (平成 年 月 日現症)

1 症状

(1) 自覚症状

2 検査成績

(1) 血液・生化学検査

検査項目	検査日	単位	施設基準値
赤血球数		万/ μ l				
ヘモグロビン濃度		g/dl				
ヘマトクリット		%				
血清総蛋白		g/dl				
血清アルブミン		g/dl				

(2) 他覚所見

(2) その他の検査成績

3 人工臓器等

- (1) 人工肛門造設 無・有 造設年月日: 平成 年 月 日 (4) 自己導尿の常時施行 無・有 開始年月日: 平成 年 月 日
閉鎖年月日: 平成 年 月 日 終了年月日: 平成 年 月 日
- (2) 尿路変更術 無・有 造設年月日: 平成 年 月 日 (5) 完全尿失禁状態 無・有 (カテーテル留置: 平成 年 月 日)
閉鎖年月日: 平成 年 月 日
- (3) 新膀胱造設 無・有 手術年月日: 平成 年 月 日 (6) その他の手術 無・有 () 平成 年 月 日

⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入して下さい)

⑰ 予後 (必ず記入して下さい)

⑱ 備考

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

印