

(他)

国民年金
厚生年金保険

診断書

(血液・造血器
その他)の障害用

(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		都道府県		郡市区					
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	
				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	
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	
				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)		← 記入漏れはありますか？	
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		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		体重		現在 kg		握力		右	
		cm		健康時 kg				左		kg	
								視力		右眼 裸眼	
								左眼 裸眼		矯正	
								聴力レベル		最良語音明瞭度	
										最大 mmHg	
										mmHg	
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、肉体力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、例えば、軽い家事、事務など							
				ウ 歩行中の50%以上は起居しているもの							
				エ 身の回り、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの							
				オ 身のまわりのことができず、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							
⑬ 血液・造血器 (平成 年 月 日現症)				← 日付の記載はありますか？							
1 臨床所見				③ 検査成績				← 検査数値が記入されていますか？ 空欄がないようにしましょう。			
(1) 自覚症状				ア 末梢血液検査(平成 年 月 日)				※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。			
易疲労感 (無・有・著)				ヘモグロビン濃度 () g/dL				凝固因子活性((第 因子)) %			
動悸 (無・有・著)				血小板 () 万/μL				vWF活性 () %			
息切れ (無・有・著)				網赤血球 () 万/μL				インヒビター (無・有)			
発熱 (無・有・著)				白血球 () /μL				A P T T () 秒 (基準値 秒)			
紫斑 (無・有・著)				好中球 () /μL				P T () 秒 (基準値 秒)			
月経過多 (無・有・著)				リンパ球 () /μL				ウ その他の検査			
関節症状 (無・有・著)				病的細胞 () %				画像検査(検査名) (平成 年 月 日)			
(2) 他覚所見								所見 ()			
易感染性 (無・有・著)											
リンパ節腫脹 (無・有・著)											
出血傾向 (無・有・著)											
血栓傾向 (無・有・著)											
肝腫 (無・有・著)											
脾腫 (無・有・著)											
2 治療状況				← 記入漏れはありますか？ また、骨髄移植を受けている方は、「造血幹細胞移植」、 「慢性GVHD」の欄に空欄がないようにしてください。							
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								← 手術後の症状 ・移植片宿主病(GVHD)の有無とその程度 ・治療経過 ・検査成績および予後は記入されていますか？			

「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。

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週間以上の間隔をお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				

HIV-RNA量
(現症日以前の4週間
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)

白血球の減少による免疫機能障害を起こしている場合は記入があっても構いませんが、通常は診断書表面「血液・造血器」の欄に記載があれば白紙でも問題ありません。

3 現在持続している

- 代謝異常 リポア
- その他(薬剤名、服

イズ合併症のためは日常生活がほぼ状態である

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
- (2) 尿路変更術 無
- (3) 新膀胱造設 無

必ず記入が必要な項目です！
空白であれば医師に記入をお願いしましょう。

月 日
月 日
月 日
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