

(他)

国民年金
厚生年金保険

診断書 (血液・造血器の障害用)

血液・造血器・その他の障害用の診断書 記入例

氏名 (フリガナ)		血液・造血器・その他の障害用の診断書 記入例		年齢	性別	<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	
住所		住所地の郵便番号	都道府県	市区			
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日
④ 初診年月日		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 <input type="checkbox"/> 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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					
		(<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 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		年間 回、月平均 回					
		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	右眼	裸眼
		cm	kg	健康時 kg	kg	左眼	裸眼
		視野	調節機能	聴力レベル	最良語音明瞭度	最高	mmHg
				右耳 dB	%	最低	mmHg
				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にチェックをしてください。)							
<input type="checkbox"/> 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							
<input type="checkbox"/> 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: 軽い家事、事務など							
<input type="checkbox"/> 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							
<input type="checkbox"/> 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							
<input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				(ア)			
動悸 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				単球 %			
息切れ (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				リンパ球 / μ l			
発熱 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				病的細胞 %			
関節症状 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				血小板 \times 万/ μ l			
易感染症 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				網赤血球数 %			
(イ) 他覚所見				血清総蛋白 g/dl			
リンパ節腫脹 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				病的細胞 %			
出血傾向 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				網赤血球数 %			
紫斑 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				出血傾向 (ウ) 出血時間 (法) 分			
肝腫 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)				A P T T (基準値 秒) 秒			
脾腫 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)							
3 輸血の回数及び総量				(エ) その他			
回計 ml				CRP 検査値 LDH 施設基準値 検査値			
(平成 年 月 日~平成 年 月 日)							
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							
<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (平成 年 月 日)							
経過 ()							

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかにチェックをして、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) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

(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。

空欄があると、年金機構に提出しても差し戻されてしまい、病院で追記して頂く必要がありますので、必ず記入されているか確認してください。

自覚症状を記入する欄があります。医師に作成いただく前に、どのような自覚症状があるか、伝えておきましょう。

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週間以上の間隔に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		万/ μ l			
HIV-RNA量		コピ-/ ml			

(現症日以前の4週間以上の間隔にお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新鮮食料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、带状疱疹、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 リボアトローフィー 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

空欄があると、年金機構に提出しても差し戻されてしまい、病院で追記して頂く必要がありますので、必ず記入されているか確認してください。

情報管理血 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

- ・体を動かしたときに生じる痛み
- ・むくみ
- ・発熱

など、自覚症状を記入してもらいましょう。
医師に作成いただく前に、どのような自覚症状があるのか、伝えておきましょう。

(2) 他覚所見

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) その他の検査成績

- ・腫瘍マーカーや生検の結果
- ・治療内容(放射線治療、抗がん剤治療はその期間と頻度)
- ・他臓器やリンパ節への転移の有無

を医師に記入してもらいましょう。

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 閉鎖年月日: 平成 年 月 日

(2) 尿路変更術 無 有 造設年月日: 平成 年 月 日 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

(4) 自己導尿の常時施行 無 有 開始年月日: 平成 年 月 日 終了年月日: 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)

(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 (必ず記入してください。)

日中はどのくらい横になる必要があるのか、軽作業以外の仕事は可能か、など労働能力の有無を記入してもらいましょう。

⑰ 予 後 (必ず記入してください。)

病気の予後を記入してもらいましょう。

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