

病歴・就労状況等申立書の提出にあたって

○発病日

自覚症状が現れた日を記入してください。自覚症状が現れる前に次のようなことがありましたら、その日を記入してください。

- 健康診断で異常が発見された場合は、異常を指摘された日
- 先天性疾患の場合は、症状を自覚したときまたは検査で異常が発見された日
- 生来性の知的障害（精神遅滞）の場合は誕生日

○病歴状況

「1～5」には、発病から順番に現在までの状況について、期間をあげずに記入してください。1つの期間が、5年を超える場合は、その期間を3～5年ごとに区切って記入してください。生来性の知的障害（精神遅滞）の場合は、小学校入学前（幼稚園、保育園）、小学校低学年、小学校高学年、中学生、高校生に区切って日常生活や学校での状況などを記入してください。

「医療機関に受診している期間」

医療機関に受診している場合は、「受診した」を○で囲んで、「医療機関名」を記入してください。

「医療機関に受診していなかった期間」

医療機関に受診していなかった場合は、「受診していない」を○で囲んでください。

病歴・就労状況等申立書 No. - 枚中

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

病歴状況	傷病名	発病日	初診日
		昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
記入する前にお読みください。 ○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入してください。 ○ 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。 ○ 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。 ○ 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。 ○ 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合など、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。			
1	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	発病したときの状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで）
2	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	左の期間の状況
3	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	左の期間の状況
4	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	左の期間の状況
5	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 受診した ○ ・ 受診していない ○ 医療機関名	左の期間の状況

※裏面も記入してください。

○枚数

複数枚記入した場合は、順番と記入した枚数を数字で記入してください。
(例) 全部で2枚作成した場合
1枚目 → NO. 1 - 2枚中
2枚目 → NO. 2 - 2枚中

○傷病名

障害年金を請求する傷病（診断書の傷病）を記入してください。

○初診日

初めて診療を受けた日を記入してください。初めて診療を受けるより前に次のようなことがありましたら、その日を記入してください。

- 健康診断で異常が発見され療養に関する指示を受けた場合は健康診断日
- 生来性の知的障害（精神遅滞）の場合は誕生日

1. 障害認定日頃の状況

障害認定日による請求を希望される場合に記入してください。

2. 現在（請求日頃）の状況

- ・ 事後重症による請求を希望される場合に記入してください。
- ・ 障害認定日による請求を希望される場合で、障害認定日と請求日が1年以上離れている場合は、
「1. 障害認定日（昭和・平成 年 月 日）頃の状況」
「2. 現在（請求日頃）の状況」
の両方を記入してください。

○日常生活について

日常生活において本人がどのくらいの不自由さを感じているかを記入してください。主治医に確認する必要はありません。

就労・日常生活状況 1. 障害認定日（初診日から1年6月目または、それ以前に治った場合は治った日）頃と
2. 現在（請求日頃）の就労・日常生活状況等について該当する太枠内に記入してください。

1. 障害認定日（昭和・平成 年 月 日）頃の状況を記入してください。

就労状況	就労している場合	職種（仕事の内容）を記入してください。	
		通勤方法を記入してください。	通勤方法 通勤時間（片道） 時間 分
		出勤日数を記入してください。	障害認定日の前月 日 障害認定日の前々月 日
		仕事中や仕事が終わった時の身体の調子について記入してください。	
就労していない場合	就労していない理由をすべて○で囲んでください。なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。	ア 体力に自信がなかったから イ 医師から働くことを止められていたから ウ 働く意欲がなかったから エ 働きたかったが適切な職場がなかったから オ その他（理由 ）	
	日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 1→自発的にできた 2→自発的にできたが援助が必要だった 3→自発的にできないが援助があればできた 4→できなかった	着替え（1・2・3・4） 洗面（1・2・3・4） トイレ（1・2・3・4） 入浴（1・2・3・4） 食事（1・2・3・4） 散歩（1・2・3・4） 炊事（1・2・3・4） 洗濯（1・2・3・4） 掃除（1・2・3・4） 買物（1・2・3・4）	
	その他日常生活で不便に感じたことがありましたら記入してください。		

2. 現在（請求日頃）の状況を記入してください。

就労状況	就労している場合	職種（仕事の内容）を記入してください。	
		通勤方法を記入してください。	通勤方法 通勤時間（片道） 時間 分
		出勤日数を記入してください。	請求日の前月 日 請求日の前々月 日
		仕事中や仕事が終わった時の身体の調子について記入してください。	
就労していない場合	就労していない理由をすべて○で囲んでください。なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。	ア 体力に自信がないから イ 医師から働くことを止められているから ウ 働く意欲がないから エ 働きたいが適切な職場がないから オ その他（理由 ）	
	日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 1→自発的にできる 2→自発的にできるが援助が必要である 3→自発的にできないが援助があればできる 4→できない	着替え（1・2・3・4） 洗面（1・2・3・4） トイレ（1・2・3・4） 入浴（1・2・3・4） 食事（1・2・3・4） 散歩（1・2・3・4） 炊事（1・2・3・4） 洗濯（1・2・3・4） 掃除（1・2・3・4） 買物（1・2・3・4）	
	その他日常生活で不便に感じていることがありましたら記入してください。		

障害者手帳の交付を受けていますか。 1 受けている 2 受けていない 3 申請中

交付されている障害者手帳の交付年月日、等級、障害名を記入してください。その他の手帳の場合は、その名称を（ ）内に記入してください。

① 身・精・療・他（ ）
昭和・平成 年 月 日（ 級）
障害名（ ）

② 身・精・療・他（ ）
昭和・平成 年 月 日（ 級）
障害名（ ）

※略字の意味
身→身体障害者手帳 療→療育手帳
精→精神障害者保健福祉手帳 他→その他の手帳

上記のとおり相違ないことを申し立てます。 ※請求者本人が署名する場合、押印は不要です。

平成 年 月 日 請求者 現住所

代筆者 氏名 請求者からみた続柄（ ） 氏名 電話番号 - -

○職種
仕事の内容を具体的に記入してください。
(例) 飲食店で接客業務
工事現場で交通誘導員
派遣先でデータ入力業務

○就労していない（いなかった）場合
休職中だった場合にも理由を記入してください。

○申立者

- ・ 請求者の現住所、氏名、電話番号を記入してください。
- ・ 代筆者が作成した場合は、代筆者の氏名、電話番号、請求者からみた続柄を記入してください。