

《呼吸器疾患の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

表面

①欄
障害年金の支給をを求める傷病名を記入します。

⑨欄
現在までの治療の内容等は参考となる事項をできるだけ詳しく記入してください。

⑩欄
共通項目は、呼吸器疾患の必須項目となります。呼吸不全の状態がない場合でも必ず記入してください。

《お願い》
この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。
過去の障害の状態については、当時のカルテに基づいて記入してください。
診断書に記入漏れや疑義がある場合は、作成された医師に照会することがありますので、ご了承ください。

国民年金 診断書 (呼吸器疾患の障害用) 様式第120号の5
厚生年金保険 船員保険

昭和 年 月 日生(歳) 男・女

氏名 (フリガナ) _____

住所 住所地の郵便番号 _____ 市区町村 _____

① 傷病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 既往症 _____

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 _____

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 _____

⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 (昭和/平成 年 月 日) _____

⑨ 現在までの治療の内容、経過、その他参考となる事項 (診断検査や薬法を行った場合は、使用薬剤名及び使用期間を明記してください) _____

⑩ 既往症、手術歴 _____

障 害 の 状 態

⑪ 共通項目 (この欄は、必ず記入してください。)

1 身体計測 (平成 年 月 日) 身長 _____ cm ; 体重 _____ kg

2 胸部X線所見 (A) _____ (A 図) _____

3 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1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、発病前と同等になれるもの

イ 軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や作業はできるもの 例えば、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ものあり、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、活動の範囲がおむねベッド周辺に限られるもの

4 臨床所見 (平成 年 月 日 現症)

(1) 自覚症状 _____ (2) 他覚所見 _____

咳 (無・有・著) _____ 肺性心所見 (無・有) _____

痰 (無・有・著) _____ チアノーゼ (無・有) _____

胸痛 (無・有・著) _____ ばら状指 (無・有) _____

呼吸困難 (無・有・著) _____ 栄養状態 (良・中・不良) _____

安静時 呼吸数 (無・有・著) _____ 夕 昏 (有・一部・広範囲) _____

喘鳴 (無・有・著) _____ 脈拍数 () _____

5 活動能力(呼吸不全)の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)

i 同年齢の健康人と同様に歩行、段階の昇降ができる。

ii 階段を人並みの速さで登れないが、ゆっくりなら登れる。

iii 階段をゆっくりでも登れないが、途中休み休みなら登れる。

iv 人並みの速さで歩くことが難しくなるが、ゆっくりなら歩ける。

v ゆっくりでも少し多く息切れがする。

vi 息苦しくて身のまわりのこともできない。

6 換気機能 (平成 年 月 日)

(1) 肺活量測定値 (VC) _____ ml

(2) 予備肺活量 _____ ml (%肺活量)

(3) 努力性肺活量 (FVC) _____ ml

(4) 1 秒 量 (FEV1.0) _____

(5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) _____ (4)/(3)×100

(6) 予備肺活量1秒率 _____ (4)/(2)×100

7 動脈血ガス分析 (平成 年 月 日)

(1) 酸素吸入を 施行している _____ 施行していない _____

在宅酸素吸入ではない _____

(どの様な方法ですか) _____

在宅酸素吸入である _____

平成 年 月 日開始 施行時間 (時間/日・常時) _____

酸素吸入量 _____ l/分

(2) 動脈血ガス分析値

① 動脈血酸素分圧 _____ Torr

② 動脈血酸素ガス分圧 _____ Torr

③ 動脈血 pH _____

(注) 酸素吸入中の場合は、検査値を () に記入してください。

8 その他の所見 _____

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、斜線により示してください。)

③欄
①の傷病名のために初めて医師の診療を受けた日を記入します。診療録で初診が確認できるときは、「診療録で確認」を○で囲んでください。確認できないときは、「本人の申立て」を○で囲んで、申立て年月日を記入してください。

⑤、⑥欄
既存障害や既往症があるときは、支給をを求める傷病との因果関係等を確認する必要がありますので必ず記入してください。


⑩7欄
動脈血ガス分析値は、安静状態の計測値です。酸素吸入施工中の値であるときは、() に記入してください。

※ 氏名・生年月日・住所など記載漏れがないかご確認ください。

(胸部X線フィルムの添付)

結核、肺化膿症、じん肺等においては、胸部X線フィルムを必ず添付願います。

なお、CD等で保管されている場合は、画像をあらかじめ印刷したものを添付願います。

① 肺結核症 (平成 年 月 日現症) 1 胸部 X 線 所 見 (B) 初診時 (昭和・平成 年 月 日)  前頁のA図のX線所見の日本結核病学会分類を記入してください 日本結核病学会分類 病 類 右 左 両 胸膈の影がり 1 2 3 右 左 両 病 型 I II III IV V I II III IV V		2 結核菌検査成績 (現在陽性ときはその旨と最終陽性時期を併記してください) 検査材料 (たん、喉頭粘液、気管支洗液、胃液、尿、痰) 昭和・平成 年 月 日 - + (ガフキー 号) ; - + (コロニー) 昭和・平成 年 月 日 - + (ガフキー 号) ; - + (コロニー)
② じん肺 (平成 年 月 日現症) 1 じん肺法 X 線写真区分 (1 2 3 4) 2 じん肺管理区分 (1 2 3 イ・ロ 4)		
③ 気管支喘息 (平成 年 月 日現症) 1 時間の経過と症状 (1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。 (2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。 3 発作の強度 (1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難 (2) 中発作: 苦しくて寝になれなく、会話も苦しい (3) 小発作: 苦しいが寝になれる、会話はほぼ普通 (4) その他 ① 喘鳴のみ ② 急ぐと苦しい ③ 急いでも苦しくない 4 発作の頻度 (1) 1週に 5日以上 (2) 1週に 3 ~ 4日 (3) 1週に 1 ~ 2日 (4) その他 5 入院・救急室受診歴 (1) 入院歴 有・無 (過去2年間に喘息のために入院した場合は、その期間を記入) (2) 救急室受診歴 有・無 (6ヶ月以内に受診した場合は、記入)		2 ピークフロー値 (PEFR) 最近 (1ヶ月程度の期間) の 最高値 $\ell/\text{分}$ 、最低値 $\ell/\text{分}$ 、平均値 $\ell/\text{分}$ (但し慢性安定期であることを前提とし、発作時の成績は除く) 6 治療 治療で使用している薬剤に○印をつけてください。 ① 吸入ステロイド薬 (有・無); 使用量 (低用量・中用量・高用量) ② その他の薬剤 (併用している) ・長時間作用性β2刺激薬 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・テオファリン徐放薬 ・抗IgE抗体 ・経口ステロイド薬 ・その他 薬剤投与方法 (1) フレドニゾン系を1日に10mg相当以上を服用している。 (2) フレドニゾン系を1日に5mg相当以上を吸入ステロイドを600 μg 以上を服用している。 (3) ステロイド薬を経口又は注射で、月1回以上投与している。(月平均 回) (4) 吸入ステロイドを1日400 μg 以上を服用している。 (5) 発作時のみ経口ステロイドを併用する。 (6) 気管支拡張薬のみでコントロールしている。 7 喫煙歴 吸ったことがない やめた: 1日 () 本 × () 年間 吸う: 1日 () 本 × () 年間
④ その他の障害又は症状の所見等 (平成 年 月 日現症)		
⑤ 喘息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)		
⑥ 予 後 (必ず記入して下さい)		
⑦ 備 考		

⑬ 6欄
喘息の治療に称する薬剤は、「喘息予防・管理ガイドライン」で示す薬剤の用量を参考にしてください。

⑮ 欄
日常生活や労働ができるかは、障害の認定にあたり重要ですので必ず記入してください。

⑯ 欄
診断時に断定できないときは「不詳」と記入してください。

⑰ 欄
⑪から⑬の欄に書ききれないときは、備考欄をご活用ください。

記入漏れがないようお願いします。

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
 所 在 地
 診療担当科名
 医師氏名 印