

《血液・造血器疾患の障害》

障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項
(平成29年12月1日改正)

表面

①欄 障害の原因となった傷病名
障害年金の支給を求める傷病名を記入してください。

⑨欄 現在までの治療の内容、反応、期間、経過、その他参考となる事項
現在までの治療の内容などは、参考となる事項をできるだけ詳しく記入してください。
また、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。

⑬欄 2～3 治療状況 その他の所見
●「2治療状況」には、赤血球輸血、血小板輸血、補充療法、新鮮凍結血漿を実施している場合は、療法ごとに、月単位の実施回数を記入してください。
また、造血幹細胞移植を実施している場合は、有を○で囲み、実施年月日を記入してください。
さらに、慢性GVHDの状態にある場合は、有を○で囲み、「造血細胞移植ガイドライン」における慢性GVHDの臓器別スコア及び重症度分類に沿って、程度（軽症・中等症・重症のいずれかに○）を記入してください。所見には、上記程度と診断した臓器別スコア及びその他所見があれば記入してください。
●「3その他の所見」には、「①障害の原因となった傷病名」に関し、その状態を示すその他所見について記入してください。
また、治療に伴う副作用による障害がある場合は、その所見についても記入してください。

国民年金 診断書 (血液・造血器の障害用) 様式第120号の7
厚生年金保険 (その他)

氏名	生年月日	昭和 年 月 日生 (歳)	性別	男・女
住所	市区町村	都道府県	市区	
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生日	昭和 年 月 日	③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 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)	診療回数	年間 回、月平均 回	手術歴
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	現在の症状、その他の参考となる事項	手術年月日 (年 月 日)		
⑩ 身長	体重	現在健康時	kg	kg
⑪ 視力	調節機能	調節時	視力	調節時
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。			
⑬ 血液・造血器 (平成 年 月 日現症)	障害の状態			
1 臨床所見	① 自覚症状 (無・有・著) ② 検査成績 (平成 年 月 日) イ 凝固系検査 (平成 年 月 日)			
(1) 自覚症状	易疲労感 (無・有・著) 動悸 (無・有・著) 息切れ (無・有・著) 発熱 (無・有・著) 寒戦 (無・有・著) 月経過多 (無・有・著) 関節症状 (無・有・著)			ア 末梢血液検査 (平成 年 月 日) 赤子の値は、治療を行う目的、検査数を記入してください。 ※イの値は、最も重症に病状をあらわした日付、検査数値を記入してください。
(2) 他覚所見	易感感染性 (無・有・著) リンパ管腫大 (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)			ウ その他の検査 画像検査 (検査名) (平成 年 月 日) 所見 ()
2 治療状況	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)			
⑭ その他の所見	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			

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。)

⑬欄 初めて医師の診療を受けた日
この診断書を作成するための診療日ではなく、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。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

⑬欄 (1)自覚症状 (2)他覚所見
各症状、所見につき、無、有、著のいずれかを○で囲んでください。
(3)検査成績
●「ア末梢血液検査」には、治療を行う前の日付、検査数値を記入してください。
●「イ凝固系検査」には、最も適切に病状が把握できる検査数値及びその日付を記入してください。

〈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、当時の診療録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。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

⑭1欄 検査成績
 ●「CD4陽性Tリンパ球数」は、
 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。
 ●「白血球数」～「HIV-RNA
 量」は、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てくださ
 い。

現症日の記入漏れがないようお願いし
 ます。

⑮1欄 症状
 「①障害の原因となった傷病名」に関し、
 その自覚症状と他覚所見について記入し
 てください。

⑮3欄 人工臓器等
 「人工肛門造設」等を行っている場合は、
 該当する項目の有を○で囲み、行った日
 等を記入してください。

⑰欄 予後
 診断時に判断できない場合は、「不詳」
 と記入してください。

病院または診療所の名称だけではなく、
 所在地、診療担当科名、医師氏名も忘
 れず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 <table border="1"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>平均値</th> </tr> <tr> <td>CD4陽性Tリンパ球数</td> <td>/μL</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <small>(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。)</small>	検査項目	検査日	単位	平均値	CD4陽性Tリンパ球数	/μL			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、発熱時に比し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回以上の膨満感・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生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年以内に口腔カンジダ症、肺結核、単純ヘルペスウイルス感染症、 伝染性軟属腫、安全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)																						
検査項目	検査日	単位	平均値																												
CD4陽性Tリンパ球数	/μL																														
3 現在持続している副作用の状況 □代謝異常 □リガトローフィー □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 はい・いいえ																														
6 肝次の状況 (□薬毒性・□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 <table border="1"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>平均値</th> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A ST (GOT)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A LT (GPT)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン</td> <td>%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>時間</td> <td>延長秒</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン(※)</td> <td>mg/dL</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	検査項目	検査日	単位	平均値	血清アルブミン	g/dL			A ST (GOT)				A LT (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)		
検査項目	検査日	単位	平均値																												
血清アルブミン	g/dL																														
A ST (GOT)																															
A LT (GPT)																															
プロトロンビン	%																														
時間	延長秒																														
総ビリルビン(※)	mg/dL																														
⑮ その他の障害 (平成 年 月 日現症) 1 症状 (1) 自覚症状 (2) 他覚所見	2 検査成績 (1) 血液・生化学検査 <table border="1"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>施設基準値</th> <th>検査値</th> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td>万/μL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン濃度</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td> <td>%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> (2) その他の検査成績	検査項目	検査日	単位	施設基準値	検査値	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			
検査項目	検査日	単位	施設基準値	検査値																											
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																														
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) 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																															
⑰ 予後 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)	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 所在地 診療担当科名 医師氏名																															

⑭2欄 身体症状等
 ①～⑩の各項目について、該当する
 「有」または「無」、「はい」または
 「いいえ」を○で囲んでください。

⑭3～5欄
 各項目について、該当する項目の☑、
 「有」または「無」、「はい」または
 「いいえ」を○で囲んでください。

⑭6欄 肝炎の状況
 肝炎を発症している場合は必ず記載し
 てください。

⑮2欄 検査成績
 (1)血液・生化学検査を実施している場合
 は、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。
 (2)その他の検査所見は、病状を表してい
 る、血液・生化学検査以外の検査所見
 を記入してください。(任意)

**⑰欄 現症時の日常生活活動能力及び
 労働能力**
 現症時の日常生活活動能力については、
 介助が必要かどうか、また、労働能力に
 ついても必ず記入してください。

⑱欄 備考
 本人の状態について特記すべきことがあ
 れば記入してください。