

(フリガナ) 氏 名		昭和 平成 令和		年 月 日 生 (歳)		男 ・ 女	
住 所	住所地の郵便番号		郡 市 町 区 村				
① 障害の原因 となった 傷 病 名				② 傷病の発生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	診療録で確認 本人の申立て (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 令和	年 月 日	診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)
④ 傷病の原因 又は 誘 因	初診年月日 (昭和・平成・令和 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 確 認 推 定			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・令和 年 月 日)							
⑨ 現在までの治療の内容、期間、 経過、その他参考となる事項 (抗結核化学療法を行った場合は、 使用薬剤名及び使用期間を明記 してください。)						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)
障 害 の 状 態							
⑩ 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・令和 年 月 日) 身 長 cm : 体 重 kg				3 一 般 状 態 区 分 表 (平成・令和 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。)			
2 胸 部 X 線 所 見 (A) (A 図) (1) 胸 膜 癒 着 な し ・ 軽 ・ 中 ・ 高 (2) 気 腫 化 な し ・ 軽 ・ 中 ・ 高 (3) 線 維 化 な し ・ 軽 ・ 中 ・ 高 (4) 不 透 明 肺 な し ・ 軽 ・ 中 ・ 高 (5) 胸 郭 変 形 な し ・ 軽 ・ 中 ・ 高 (6) 心縦隔の変形 な し ・ 軽 ・ 中 ・ 高 (7) 蜂 巢 肺 な し ・ 軽 ・ 中 ・ 高 撮影年月日 (平成・令和 年 月 日)				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 エ 身のまわりのある程度のはできるが、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、活動の範囲がおおむねベット周辺に限られるもの			
4 臨 床 所 見 (平成・令和 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) ばち状指 (無 ・ 有) 呼吸困難 栄養状態 (良 ・ 中 ・ 不良) 安静時 (無 ・ 有 ・ 著) ラ 音 (有 ・ 一部 ・ 広範囲) 体動時 (無 ・ 有 ・ 著) 脈 拍 数 () 喘 鳴 (無 ・ 有 ・ 著)				6 換 気 機 能 (平成・令和 年 月 日) (1) 肺 活 量 実 測 値 (VC) ml (2) 予 測 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) 予測肺活量1秒率 (4)/(2)×100			
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、階段の昇降ができる。 ii ア 階段を人並みの速さで登れないが、ゆっくりなら登れる。 イ 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。 ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。 エ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。 オ 息苦しくて身のまわりのこともできない。				7 動脈血ガス分析 (平成・令和 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・令和 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 動脈血炭酸ガス分圧 ・ () 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							

(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。

「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) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

⑪肺結核症(平成・令和 年 月 日現症)																														
1胸部X線所見(B) 初診時(昭和・平成・令和 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 <table><tr><td>病側</td><td>右</td><td>左</td><td>両</td><td>右</td><td>左</td><td>両</td></tr><tr><td>病巣の拡がり</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>病型</td><td>I</td><td>II</td><td>III</td><td>IV</td><td>V</td><td></td></tr></table>					病側	右	左	両	右	左	両	病巣の拡がり	1	2	3	1	2	3	病型	I	II	III	IV	V		2結核菌検査成績 (現在陰性の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、気管支洗滌液、胃液、穿刺液) 塗抹培養 昭和・平成・令和 年 月 日 -+(ガフキー 号) ; -(コロニー) 昭和・平成・令和 年 月 日 -+(ガフキー 号) ; -(コロニー)				
病側	右	左	両	右	左	両																								
病巣の拡がり	1	2	3	1	2	3																								
病型	I	II	III	IV	V																									
					3安静度 (結核の治療指針の安静度表によって記入してください。) 1度 2度 3度 4度 5度 6度 7度 8度 無制限																									
					4その他の所見 (結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無)																									
⑫じん肺(平成・令和 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)																														
⑬気管支喘息(平成・令和 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。					2ピークフロー値(PEFR) 最近(1ヶ月程度の期間)の 最高値 ℓ/分, 最低値 ℓ/分, 平均 約 ℓ/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)																									
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:苦しくて横になれなく、会話も苦しい (3)小発作:苦しいが横になれる、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		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β ₂ 刺激薬 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・テオフィリン徐放製剤 ・抗IgE抗体 ・経口ステロイド薬 ・その他() 薬剤投与の方法 (1)プレドニゾロンを1日に10mg相当以上を連用している。 (2)プレドニゾロンを1日に5mg相当以上と吸入ステロイドを600μg以上を連用している。 (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400μg以上を連用している。 (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。																									
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)					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																									
⑭その他の障害又は症状の所見等 (平成・令和 年 月 日現症)																														
⑮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)																														
⑯予後 (必ず記入して下さい)																														
⑰備考																														

上記のとおり、診断します。

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