

氏名 (フリガナ)		生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日生 (歳)		性別		男 ・ 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・令和 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、 反応、期間、経過、 その他の参考となる事項										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)					
⑩ 現在の症状、その他 参考となる事項																	
⑪ 計 測 (平成 年 月 日) 測 定		身長		体重		現在 kg 健康時 kg		握 力		右 kg 左 kg		視 力		右眼 裸眼 左眼 裸眼		矯 正 矯 正	
		cm		cm													
		視野		調 節 機 能				聴力レベル		最良語音明瞭度		血 圧		最 大 最 小		mmHg mmHg	
								右 耳 左 耳		dB dB		% %					
⑫ 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一つを○で囲んでください。)														(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。			
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 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ことではできるが、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ド周辺に限られるもの																	
障 害 の 状 態																	
⑬ 血 液 ・ 造 血 器 (平成・令和 年 月 日 現症)																	
1 臨 床 所 見																	
(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)																	
紫 斑 (無 ・ 有 ・ 著)																	
月 経 過 多 (無 ・ 有 ・ 著)																	
関 節 症 状 (無 ・ 有 ・ 著)																	
(2) 他覚所見																	
易 感 染 性 (無 ・ 有 ・ 著)																	
リンパ節腫脹 (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)																	
(3) 検 査 成 績																	
ア 末梢血液検査(平成・令和 年 月 日)																	
※アの欄は、治療を行う前の日付、検査数値を記入してください。																	
ヘモグロビン濃度 () g/dL																	
血 小 板 () 万/μL																	
網 赤 血 球 () 万/μL																	
白 血 球 () /μL																	
好 中 球 () /μL																	
リンパ球 () /μL																	
病的細胞 () %																	
イ 凝固系検査(平成・令和 年 月 日)																	
※イの欄は、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。																	
凝固因子活性(第 因子) () %																	
vWF活性 () %																	
インヒビター (無 ・ 有)																	
A P T T () 秒 (基準値 秒)																	
P T () 秒 (基準値 秒)																	
ウ その他の検査																	
画像検査(検査名 (平成・令和 年 月 日))																	
所見 ()																	
他の検査(検査名 (平成・令和 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)																	
造血幹細胞移植 (無 ・ 有) 有の場合 (年 月 日)																	
慢性GVHD (無 ・ 有) 有の場合 (軽症 ・ 中等症 ・ 重症)																	
所見																	
3 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、斜線により抹消してください。)

