《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、有を〇で囲み、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、有を〇で囲み、「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・重症のいずれかに〇）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の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。

様式第120号の7

他　国民年金 厚生年金保険　診断書（血液・造血器その他の障害用）

氏名（フリガナ）		生年月日	昭和 平成　年　月　日生（　歳）	性別	男・女
住所	住所地の郵便番号	都道府県	都市区		
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　年　月　日	診療録で確認 本人の申立て（　年　月　日）	
		③①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成　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　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　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					

（「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを〇で囲み、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）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。

⑪計測（平成　年　月　日）測定	身長 cm	体重	現在 kg / 健康時 kg	握力	右 kg / 左 kg
	視野	調節機能	聴力レベル dB / 最良語音明瞭度 %	視力	右眼 裸眼 / 矯正 / 左眼 裸眼 / 矯正
			右耳 dB / 左耳 dB	血圧	最大 mmHg / 最小 mmHg

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〇で囲んでください。）
- 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　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　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
  - イ 凝固系検査（平成　年　月　日）
    - ※イの欄は、最も適正に病状をあらわした日付、検査数値を記入してください。
    - 凝固因子活性（凝　因子）（　）%
    - vWF活性（　）%
    - インヒビター（無・有）
    - APTT（　）秒
    - P　T（　）秒
  - ウ その他の検査
    - 画像検査（検査名　）（平成　年　月　日）
    - 所見（　）
    - 他の検査（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）
- 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

3 その他の所見

（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。

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。）

③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、著のいずれかを〇で囲んでください。

(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。

裏面

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。

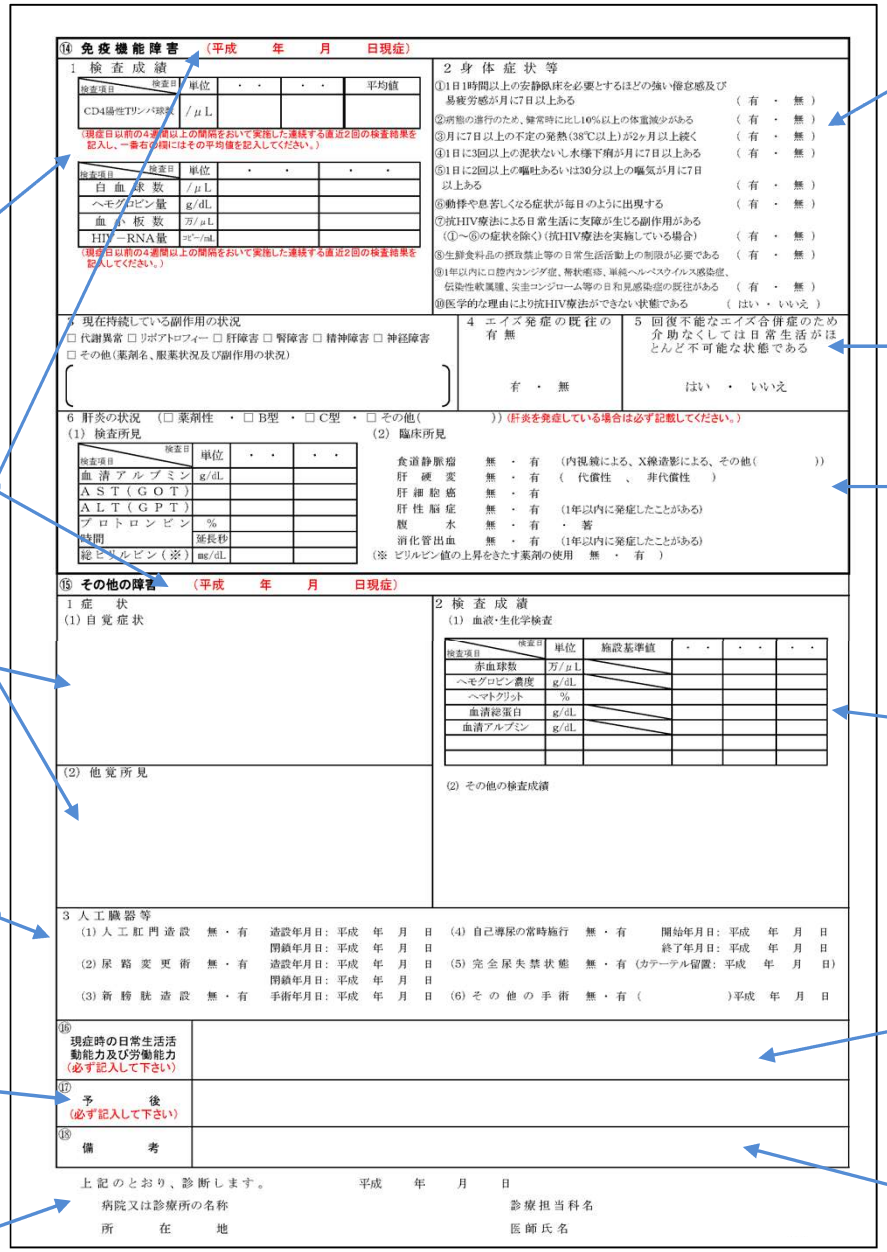
⑮３欄　人工臓器等

「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〇で囲み、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

検査項目＼検査日	単位	・・	・・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μL			

（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。）

検査項目＼検査日	単位	・・	・・
白血球数	/μL		
ヘモグロビン量	g/dL		
血小板数	万/μL		
HIV－RNA量	コピー/mL		

（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。）

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、健常時に比し10%以上の体重減少がある　（有・無）
③月に7日以上の不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く　（有・無）
④1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に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生鮮食料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年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭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）

3 現在持続している副作用の状況
□ 代謝異常 □ リポアトロフィー □ 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

5 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態である　はい・いいえ

6 肝炎の状況　（□ 薬剤性 ・ □ 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

検査項目＼検査日	単位	・・	・・
血清アルブミン	g/dL		
AST（GOT）			
ALT（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)

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

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・・	・・	・・
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				

(2) その他の検査成績

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　閉鎖年月日: 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) 新膀胱造設　無・有　手術年月日: 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　終了年月日: 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)
(6) その他の手術　無・有 (　　)平成　年　月　日

⑯ 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）

⑰ 予後（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　診療担当科名
所在地　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」を〇で囲んでください。

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」を〇で囲んでください。

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）

⑯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。