

(他)

国民年金  
厚生年金保険

# 診断書 (血液・造血器他の障害用)

様式第120号の7

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	cm		体重	現在 kg	握力	右 kg	視力	右眼 裸眼	矯正
					健康時 kg		左 kg		左眼 裸眼	矯正
	視野	調節機能			聴力レベル	最良語音明瞭度		最大 mmHg		
					右耳 dB	%			最小 mmHg	
					左耳 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。)										
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、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										
<b>障 害 の 状 態</b>										
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			(3) 検査成績							
易疲労感	(無・有・著)		ア 末梢血液検査(平成・令和 年 月 日)	イ 凝固系検査(平成・令和 年 月 日)						
動悸	(無・有・著)		※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。	※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。						
息切れ	(無・有・著)		ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL	凝固因子活性(第 因子) ( ) %						
発熱	(無・有・著)		血小板 ( ) 万/μL	vWF活性 ( ) %						
紫斑	(無・有・著)		網赤血球 ( ) 万/μL	インヒビター (無・有)						
月経過多	(無・有・著)		白血球 ( ) /μL	A P T T ( ) 秒 (基準値 秒)						
関節症状	(無・有・著)		好中球 ( ) /μL	P T ( ) 秒 (基準値 秒)						
(2) 他覚所見			リンパ球 ( ) /μL	ウ その他の検査						
易感染性	(無・有・著)		病的細胞 ( ) %	画像検査(検査名 ( ) (平成・令和 年 月 日)						
リンパ節腫脹	(無・有・著)			所見 ( )						
出血傾向	(無・有・著)			他の検査(検査名 ( ) (平成・令和 年 月 日)						
血栓傾向	(無・有・著)			所見 ( )						
肝腫	(無・有・著)									
脾腫	(無・有・著)									
2 治療状況					3 その他の所見					
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										

(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。

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。)

<b>⑭ 免疫機能障害 (平成・令和 年 月 日 現症)</b>																																																	
<b>1 検査成績</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>平均値</th> </tr> <tr> <td>CD4陽性Tリンパ球数</td> <td></td> <td>/μL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; color: red;">(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。)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td></td> <td>/μL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン量</td> <td></td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td></td> <td>万/μL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV-RNA量</td> <td></td> <td>コピー/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="font-size: small; color: red;">(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。)</p>			検査項目	検査日	単位	・	・	・	平均値	CD4陽性Tリンパ球数		/μL					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				<b>2 身体症状等</b> ① 1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日以上不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く (有・無) ④ 1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) ⑤ 1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 (有・無) (①～⑥の症状を除く)(抗HIV療法を実施している場合) 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) ⑨ 1年以内に口腔内カンジダ症、带状疱疹、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																																															
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																																															
<b>3 現在持続している副作用の状況</b> <input type="checkbox"/> 代謝異常 <input type="checkbox"/> リポアトロフィー <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)			<b>4 エイズ発症の既往の有無</b>  有・無	<b>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</b>  はい・いいえ																																													
<b>6 肝炎の状況 ( <input type="checkbox"/> 薬剤性 ・ <input type="checkbox"/> B型 ・ <input type="checkbox"/> C型 ・ <input type="checkbox"/> 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。)</b>																																																	
<b>(1) 検査所見</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td></td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AST(GOT)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT(GPT)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間</td> <td></td> <td>% 延長秒</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン(※)</td> <td></td> <td>mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		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				<b>(2) 臨床所見</b> 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	・	・	・																																												
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																																															
<b>⑮ その他の障害 (平成・令和 年 月 日 現症)</b>																																																	
<b>1 症状</b> (1) 自覚症状			<b>2 検査成績</b> (1) 血液・生化学検査 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>施設基準値</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td></td> <td>万/μL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン濃度</td> <td></td> <td>g/dL</td> <td></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> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td></td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td></td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			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						
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) 他覚所見			(2) その他の検査成績																																														
<b>3 人工臓器等</b> (1) 人工肛門造設 無・有 造設年月日:平成・令和 年 月 日 閉鎖年月日:平成・令和 年 月 日 (2) 尿路変更術 無・有 造設年月日:平成・令和 年 月 日 閉鎖年月日:平成・令和 年 月 日 (3) 新膀胱造設 無・有 手術年月日:平成・令和 年 月 日 (4) 自己導尿の常時施行 無・有 開始年月日:平成・令和 年 月 日 終了年月日:平成・令和 年 月 日 (5) 完全尿失禁状態 無・有 (カテーテル留置:平成・令和 年 月 日) (6) その他の手術 無・有 ( ) 平成・令和 年 月 日																																																	
<b>⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力</b> (必ず記入してください)																																																	
<b>⑰ 予後</b> (必ず記入してください)																																																	
<b>⑱ 備考</b>																																																	

上記のとおり、診断します。 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