

呼

国民年金
厚生年金保険
船員保険

診断書

(呼吸器疾患の障害用)

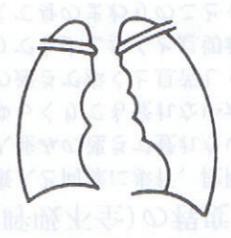
(フリガナ)氏名		昭和 年 月 日生(歳)		男・女	
住所		住所地の郵便番号		郡市区 町区 村	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		昭和 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)	
④ 傷病の原因又は誘因		⑤ 既存障害		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日 昭和 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)	
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合……治った日 平成 年 月 日 確定		傷病が治っていない場合……症状のよくなる見込 有・無・不明	
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)		⑥ 既往症			
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。)		治療回数		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 年 月 日)			3 一般状態区分表 (平成 年 月 日)		
身長 cm : 体重 kg			(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)			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		
(1) 胸膜癒着 なし・軽・中・高			イ 軽度の症状があり、肉体的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		
(2) 気腫化 なし・軽・中・高			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		
(3) 線維化 なし・軽・中・高			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		
(4) 不透明肺 なし・軽・中・高			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		
(5) 胸郭変形 なし・軽・中・高					
(6) 心縦隔の変形 なし・軽・中・高					
(7) 蜂巣肺 なし・軽・中・高					
撮影年月日 (平成 年 月 日)			6 換気機能 (平成 年 月 日)		
4 臨床所見 (平成 年 月 日現症)			(1) 肺活量実測値 (VC) ml		
(1) 自覚症状 (2) 他覚所見			(2) 予測肺活量 ml (%肺活量)		
咳 (無・有・著) 肺性心所見 (無・有)			(3) 努力性肺活量 (FVC) ml		
痰 (無・有・著) チアノーゼ (無・有)			(4) 1 秒量 (FEV1.0)		
胸痛 (無・有・著) ばち状指 (無・有)			(5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) (4)/(3)×100		
呼吸困難 栄養状態 (良・中・不良)			(6) 予測肺活量1秒率 (4)/(2)×100		
安静時 (無・有・著) ラ音 (有・一部・広範囲)			7 動脈血ガス分析 (平成 年 月 日)		
体動時 (無・有・著) 脈拍数 ()			(1) 酸素吸入を 施行している ・ 施行していない		
喘鳴 (無・有・著)			在宅酸素吸入ではない		
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。)			(どの様な方法ですか)		
i 同年齢の健康人と同様に歩行、段階の昇降ができる。			在宅酸素吸入である		
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。			平成 年 月 日開始		
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。			施行時間 (時間/日・常時)		
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。			酸素吸入量 l/分		
エ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。			(2) 動脈血ガス分析値		
オ 息苦しくて身のまわりのこともできない。			① 動脈血酸素分圧 () Torr		
8 その他の所見			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。		

(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 年 月 日現症)

<p>1 胸部 X 線 所 見 (B)</p> <p>初診時 (昭和・平成 年 月 日)</p>  <p>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</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">日本結核病学会分類</td> <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></td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> <td></td> </tr> </table>	日本結核病学会分類	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		<p>2 結核菌検査成績</p> <p>(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。)</p> <p>検査材料 (たん、喉頭粘液、気管支洗滌液、胃液、穿刺液)</p> <table border="1"> <tr> <td>昭和・平成 年 月 日</td> <td>塗抹</td> <td>培養</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-+ (ガフキー 号)</td> <td>-+ (コロニー)</td> </tr> <tr> <td>昭和・平成 年 月 日</td> <td>-+ (ガフキー 号)</td> <td>-+ (コロニー)</td> </tr> </table> <p>3 安 静 度</p> <p>(結核の治療指針の安静度表によって記入してください。)</p> <p>1度 2度 3度 4度 5度 6度 7度 8度 無制限</p> <p>4 その他の所見</p> <p>(結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無)</p>	昭和・平成 年 月 日	塗抹	培養		-+ (ガフキー 号)	-+ (コロニー)	昭和・平成 年 月 日	-+ (ガフキー 号)	-+ (コロニー)
日本結核病学会分類		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																											
昭和・平成 年 月 日	塗抹	培養																															
	-+ (ガフキー 号)	-+ (コロニー)																															
昭和・平成 年 月 日	-+ (ガフキー 号)	-+ (コロニー)																															

⑫ じん 肺 (平成 年 月 日現症)

<p>1 じん肺法 X 線 写真 区分 (1 2 3 4)</p> <p>2 じん肺 管理 区分 (1 2 3 イ・ロ 4)</p>
--

⑬ 気 管 支 喘 息 (平成 年 月 日現症)

<p>1 時間の経過と症状</p> <p>(1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。</p> <p>(2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。</p>	<p>2 ピークフロー値 (PEFR)</p> <p>最近 (1ヶ月程度の期間) の</p> <p>最高値 <u> </u> l/分, 最低値 <u> </u> l/分, 平均約 <u> </u> l/分</p> <p>(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)</p>	
<p>3 発作の強度</p> <p>(1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難</p> <p>(2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい</p> <p>(3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通</p> <p>(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</p>	<p>4 発作の頻度</p> <p>(1) 1週に 5日以上</p> <p>(2) 1週に 3 ~ 4日</p> <p>(3) 1週に 1 ~ 2日</p> <p>(4) その他</p>	<p>6 治 療</p> <p>治療で使用している薬剤に○印をつけてください。</p> <p>① 吸入ステロイド薬 (有・無): 使用量 (低用量・中用量・高用量)</p> <p>② その他の薬剤 (併用している)</p> <p>・長時間作用性β₂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</p> <p>・抗IgE抗体 ・経口ステロイド薬 ・その他()</p> <p>薬剤投与方法</p> <p>(1) プレドニゾロンを1日に10mg相当以上を連用している。</p> <p>(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。</p> <p>(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)</p> <p>(4) 吸入ステロイドを1日400μg以上を連用している。</p> <p>(5) 発作時のみ経口ステロイドを併用する。</p> <p>(6) 気管支拡張薬のみでコントロールしている。</p>
<p>5 入院・救急室受診歴</p> <p>(1) 入院歴 有・無</p> <p>(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)</p> <p>(2) 救急室受診歴 有・無</p> <p>(6ヶ月以内に受診した場合は、記入)</p>	<p>7 喫煙歴</p> <p>吸ったことがない</p> <p>やめた: 1日 () 本 × () 年間</p> <p>吸う: 1日 () 本 × () 年間</p>	

⑭ その他の障害又は症状の所見等 (平成 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。 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 印