



診断書

(呼吸器疾患の障害用)


Form with fields for patient name, address, medical history, and examination results. Includes checkboxes for symptoms and a diagram of the chest.

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちら

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(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。)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|---|--|--|--|-----------------------------|-------|-------------|----------|-----------------------------|-------|-------------|----------|-----------------------------|-------|-------------|----------|-----------------------------|-------|-------------|----------|
| ⑪ 肺結核症 (平成 年 月 日現症) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1 胸部 X 線 所見 (B) 初診時 (<input type="checkbox"/> 昭和・<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日)</p> <div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-left: 20px;"> <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> </div> </div> <p style="margin-top: 20px;">日本結核病学会分類</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">病側 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両</td> <td style="width: 50%;">病巣の拡がり <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>病型 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III</td> <td><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V</td> <td><input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V</td> </tr> </table> | 病側 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 | 病巣の拡がり <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | 病型 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III | | <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | <p>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。)</p> <p>検査材料 (<input type="checkbox"/> たん、 <input type="checkbox"/> 喉頭粘液、 <input type="checkbox"/> 気管支洗滌液、 <input type="checkbox"/> 胃液、 <input type="checkbox"/> 穿刺液)</p> <p style="text-align: center;">塗 沫 培 養</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 昭和</td> <td style="width: 25%;">年 月 日</td> <td style="width: 25%;">+ (ガフキー 号);</td> <td style="width: 25%;">+ (コロニー)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 平成</td> <td>年 月 日</td> <td>- (ガフキー 号);</td> <td>- (コロニー)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 昭和</td> <td>年 月 日</td> <td>+ (ガフキー 号);</td> <td>+ (コロニー)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 平成</td> <td>年 月 日</td> <td>- (ガフキー 号);</td> <td>- (コロニー)</td> </tr> </table> <p>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。)</p> <p><input type="checkbox"/> 1度 <input type="checkbox"/> 2度 <input type="checkbox"/> 3度 <input type="checkbox"/> 4度 <input type="checkbox"/> 5度 <input type="checkbox"/> 6度 <input type="checkbox"/> 7度 <input type="checkbox"/> 8度 <input type="checkbox"/> 無制限</p> <p>4 その他の所見</p> <p style="text-align: right;">(結核予防法による公費負担医療適用の有無 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)</p> | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 | + (ガフキー 号); | + (コロニー) | <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 | - (ガフキー 号); | - (コロニー) | <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 | + (ガフキー 号); | + (コロニー) | <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 | - (ガフキー 号); | - (コロニー) |
| 病側 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両 | 病巣の拡がり <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病型 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 | + (ガフキー 号); | + (コロニー) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 | - (ガフキー 号); | - (コロニー) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 昭和 | 年 月 日 | + (ガフキー 号); | + (コロニー) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4)</p> <p>2 じん肺管理区分 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> イ・<input type="checkbox"/> ロ <input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> (1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。</p> <p>3 発作の強度</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 大発作 : 苦しくて動けなく、会話も困難</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 中発作 : 苦しくて横になれなく、会話も苦しい</p> <p><input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> ① 喘鳴のみ <input type="checkbox"/> ② 急ぐと苦しい <input type="checkbox"/> ③ 急いでも苦しくない</p> <p>4 発作の頻度</p> <p><input type="checkbox"/> (1) 1週に 5日以上</p> <p><input type="checkbox"/> (2) 1週に 3～4日</p> <p><input type="checkbox"/> (3) 1週に 1～2日</p> <p><input type="checkbox"/> (4) その他</p> | <p>2 ピークフロー値 (PEFR) 最近 (1ヶ月程度期間) の 最高値 〇/分, 最低値 〇/分, 平均約 〇/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)</p> <p>6 治療 治療で使用している薬剤にチェックをしてください。</p> <p>① 吸入ステロイド薬 (<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 使用量 (<input type="checkbox"/> 低用量 ・ <input type="checkbox"/> 中用量 ・ <input type="checkbox"/> 高用量)</p> <p>② その他の薬剤 (併用している)</p> <p><input type="checkbox"/> 長時間作用性β2刺激薬 <input type="checkbox"/> コイコトリエン受容体拮抗薬</p> <p><input type="checkbox"/> テオフィリン徐放製剤 <input type="checkbox"/> 抗IgE抗体 <input type="checkbox"/> 経ロステロイド薬</p> <p><input type="checkbox"/> その他()</p> <p>薬剤投与の方法</p> <p><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 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><input type="checkbox"/> 吸入ステロイドを1日400μg以上連用している。</p> <p><input type="checkbox"/> 発作時のみ経ロステロイドを併用する。</p> <p><input type="checkbox"/> 気管支拡張薬のみでコントロールしている。</p> <p>7 喫煙歴</p> <p><input type="checkbox"/> 吸ったことがない</p> <p><input type="checkbox"/> やめた : 1日 ()本×()年間</p> <p><input type="checkbox"/> 吸う : 1日 ()本×()年間</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>⑭ その他の障害又は症状の所見等 (平成 年 月 日現症)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>⑮ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>⑯ 予 後 (必ず記入してください。)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>⑰ 備 考</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

所 在 地

診療担当科名

医師氏名

印

記入上の注意

- この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。
〔 また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕
- ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、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。
- ⑨の欄の「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。
- 「障害の状態」の欄は、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。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- この診断書の外に、**胸部X線フィルムを添えてください。**
- 喘息治療に使用している吸入ステロイド薬の使用量は、「喘息予防・管理ガイドライン 2009（JGL2009）」の各吸入ステロイド薬の治療ステップ別推奨量を参考として記入してください。

<参考>

| 薬剤名 | 低用量 | 中用量 | 高用量 |
|---------|---------------------|---------------------|-----------------------|
| BDP-HFA | 100 ～ 200 μ g/日 | 200 ～ 400 μ g/日 | 400 ～ 800 μ g/日 |
| FP-HFA | 100 ～ 200 μ g/日 | 200 ～ 400 μ g/日 | 400 ～ 800 μ g/日 |
| CIC-HFA | 100 ～ 200 μ g/日 | 200 ～ 400 μ g/日 | 400 ～ 800 μ g/日 |
| FP-DPI | 100 ～ 200 μ g/日 | 200 ～ 400 μ g/日 | 400 ～ 800 μ g/日 |
| BUD-DPI | 200 ～ 400 μ g/日 | 400 ～ 800 μ g/日 | 800 ～ 1,600 μ g/日 |
| MF-DPI | 100 ～ 200 μ g/日 | 200 ～ 400 μ g/日 | 400 ～ 800 μ g/日 |