

【記載要領・肺障害】 医療費・医療手当診断書

(1) 患者の氏名	○ ○ ○ ○			(2) 生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 35 年 8 月 10 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	カルテ番号  1 3 - 5 2 0
測定日	R2	年	3 月 11 日			
身長	165	cm	体重			
(3) 現住所	(〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ) ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○ ○					
(4) 副作用によるものとみられる疾病の名称又は症状(注)	間質性肺炎				(5) (4)の疾病について初めて診療した日(注)	<input type="checkbox"/> 平成 2 年 3 月 11 日 <input checked="" type="checkbox"/> 令和

(注) 医薬品等の副作用によるものかどうか不明の場合等、(4)、(5)の欄は、必ずしも記入の必要はありませんが、(6)以下の欄には、使用された医薬品等、患者に発生した症状・治療等の状況の推移等について記入して下さい。

\* (6) 使用された医薬品等(医薬品等の名称は販売名を記入して下さい) (注1)

区分 (注2)	院外 処方 (注3)	医薬品等の名称 (会社名)(注4)	規格単位 (注5)	1日 使用量 (注6)	使用方法(注6)		使用期間(注6)		使用理由	使用場所 (注7)
					投与 (使用) 経路	1日 使用回数	開始日	終了日		
○		○ ○ ○ ○ カプセル (A社)	1 5 m g	1 5 m g	経口	分1食後	R2. 2. 22	R2. 3. 11	胃潰瘍	消化器内科
		△ △ △ △ 錠 (B薬品)	4 m g	8 m g	経口	分2食後	R2. 3. 9	R2. 3. 11	胃粘膜保護	同上
		○ ○ ○ ○ 顆粒 (C製薬)	1 g	3 g	経口	分3食後	R2. 3. 9	R2. 3. 11	感冒	内科
							※使用理由は、可能な限り具体的に記入してください。 例えば、抗菌薬を使用した場合には、具体的な感染症名 (例:咽頭炎、肺炎等)を記入してください。			

※副作用によるものとみられる疾病の原因として疑われた医薬品だけでなく、それと同時期に使用されていた医薬品についても、記入してください。  
※一旦中止して再度使用した場合、漸減/漸増の場合など、同じ医薬品であっても異なる用量に変更した場合は行を分けて記入してください。  
※使用期間の開始日・終了日については、処方した期間ではなく、実際に使用した日にちを記入してください。開始日が不明の場合には「不明」、副作用とみられる疾病の回復後に継続された場合は「継続中」と記入し、空欄にしないでください。  
※頓用の場合は、分かる範囲で結構ですので、実際に使用した日にちと、各日の1日使用量、1日使用回数を記入してください(「1日使用量」または「1日使用回数」の欄に頓用の旨を記入し、(10)に実際の使用状況を記入していただいても結構です)。

※医薬品等の名称は販売名(商品名)とし、(6)の医薬品を特定できるよう剤形及び規格単位を明確に記入してください。  
※使用された医薬品を具体的に特定する必要がありますので、保険薬局において先発医薬品から後発医薬品への変更等があった場合には、販売名(販売名が一般名＋屋号を含む)を確認のうえ記入してください(お薬手帳のコピー等を添付していただいても結構です)。

- (注1) 使用された医薬品等(医薬品又は再生医療等製品)はすべて記入して下さい。  
(注2) 特に(4)の疾病の原因として疑われる医薬品等がある場合には、「区分」の欄に○印を記入して下さい。  
(注3) 院外処方による場合には、「院外処方」の欄に○印を記入して下さい。  
(注4) 使用された医薬品等を具体的に特定する必要がありますので、一般名処方又は後発医薬品への変更可の処方箋の場合、実際に投薬された医薬品等の販売名(販売名が一般名＋屋号の場合は屋号を含む)を記入して下さい。  
(注5) 医薬品等について、規格・単位を記入して下さい。  
(注6) 上記医薬品等の使用が連日でなかった場合、又は漸減(増)療法によった場合には、「1日使用量」、「使用方法」及び「使用期間」の欄にその内容が分かるように記入して下さい。  
(注7) 上記の医薬品等について、この診断書を作成する医師が使用した場合(処方箋を交付した場合も含む。)には、「使用場所」の欄に○印を記入して下さい。また、同じ院内の他診療科で使用した場合は、診療担当科名を記入して下さい。

* (7) (6)の医薬品等を使用するに至った傷病の名称又は症状(原疾患)	胃潰瘍	※(6)の医薬品を使用することになった 原疾患名等を列記してください。
* (8) (6)の医薬品等使用時の傷病であって(7)の傷病以外のもの	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (有の場合 高血圧症 )	
* (9) (7)及び(8)傷病についての薬剤以外の処置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 1.放射線治療 <input type="checkbox"/> 2.輸血 <input type="checkbox"/> 3.手術 <input type="checkbox"/> 4.その他 ( )	

\*印欄については、患者が(4)の疾病について医薬品医療機器総合機構から医療費又は医療手当、障害年金又は障害児養育年金の支給を受けている場合には、記入は不要です。

(10) (6)の医薬品等を使用するに至った経緯並びにその後の経過	
〔(4)の疾病について、医薬品医療機器総合機構から医療費又は医療手当の支給を受けている場合は、前回診断書を提出した後の経過を記入して下さい。〕	
年 月 日	具 体 的 に 記 入 し て 下 さ い
① (6)の医薬品等を使用するに至った経緯	※経過を別紙に印刷し添付していただく場合には、本診断書の書式に準じて、日付ごとに時系列で記入してください。
R2. 2. 22	1か月前位から空腹時に心窩部痛を訴え、2、3日前からタール便が
	出現したため当院消化器内科を受診。
	消化管内視鏡検査を施行したところ、胃角部に20mm大の潰瘍を認め、
	胃潰瘍と診断し、上記投薬を開始とした。
	※原疾患の診療経過、(6)の医薬品を使用するに至った経緯等を記入してください。 ※大量投与、長期連用投与など特殊な使い方をした場合には、その経緯を記入してください。 ※前医が処方した場合は、分かる範囲で結構です。
② その後の経過(副作用によるものとみられる疾病の症状の発現までの経過及びその後の症状の経過や治療内容の概要等を記入して下さい。)	
R2. 3. 9	咳、発熱を伴う感冒症状あり。当院内科受診し、感冒薬を処方される。
R2. 3. 11	症状改善されないため、当院再受診。S P O <sub>2</sub> 90%、呼吸不全を認め、
	採血と胸部の撮影を行った。左下葉、右中葉の胸膜側優位に非区域性の
	スリガラス影を認め、白血球数及びC R P、K L－6の高値を示したため入院。
	上記薬剤は一旦中止とした。上記所見より間質性肺炎と判断し、
	ステロイド療法と抗菌剤の併用を行い、経過観察とした。
R2. 3. 25	間質影消失、白血球数も正常化したのでステロイド投与を中止した。
R2. 3. 28	退院。以後、毎月通院中。
	※医薬品使用後の原疾患の診療経過、副作用の経過(呼吸機能、血清マーカー、画像検査等を含む)を記入してください。 ※副作用の経過は、治療内容の概要、転帰又は予後についても具体的に記入してください。 ※その他自覚症状(乾性咳(空咳)、息切れ、発熱、発疹など)がありましたら、記入してください。 ※症状が急激に変化したような場合には、可能であれば経時変化について〇時〇分まで詳しく記入してください。 ※前医が観察していた期間は分かる範囲で結構です。

(注) 欄に記入しきれない場合には、適宜別紙にご記入のうえ添付して下さい。直接記入していただく代わりに、パソコン等で作成された電子ファイルを印刷し、添付していただいても結構です。

(11) 臨床検査値（生化学・血液一般・免疫学的・ウイルス学的・細菌学的検査・その他検査等の結果）

(4)の疾病に関連しているものはすべて記入して下さい。また、他に異常を認めたものも記入して下さい。  
(6)の医薬品等を使った経緯が不明な場合には、患者の病状に関する検査値について記入して下さい。

電子カルテ・オーダーリングシステム等から印刷した検査結果や検査結果報告書のコピー等を添付していただくか、  
下表に直接記入して下さい。

① 生化学・血液一般(分画も含む)・その他の検査

検査項目		基準値範囲 (注)	単位	(4)の疾病の原因とされる医薬品等の 使用前の検査値	(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用後の検査値			
				検査日	検査日			
				R2 年 1 月 6 日	R2 年 3 月 11 日	R2 年 3 月 16 日	R2 年 3 月 25 日	
1	白血球	4200 ～ 7000	/μL	6800	12900	8800	6900	
2	好中球	40 ～ 71	%	45	77	75	45	
3	好酸球	1 ～ 7	%	2	3	2	2	
4	リンパ球	27 ～ 47	%	48	16	20	48	
5	AST	10 ～ 40	IU/L	19	52	24	21	
6	ALT	0 ～ 35	IU/L	35	66	58	35	
7	LDH	100 ～ 225	IU/L	150	350	275	177	
8	CRP	～ 0.3	mg/dL	0.3	12.8	4.4	0.7	
9	KL-6	～ 500	U/mL	—	1550	—	800	
10	SP-D	～ 110	ng/mL	—	240	—	—	
11	PaO <sub>2</sub>	85 ～ 95	Torr	—	60.4(room air)	—	—	
12	PaCO <sub>2</sub>	36 ～ 44	Torr	—	38.6(room air)	—	—	

(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用後の検査値						
	R2 年 4 月 20 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1	6500	※もし、他院で実施した検査結果が分かる場合には、その値を記入してください。 その際には、他院の結果であることが分かるように記載してください。				
2	48					
3	1					
4	46					
5	20					
6	33					
7	160					
8	0.3	※副作用の経過が分かるよう、発現する前から症状が軽快するまでの結果をご提示ください。 なお、白血球数及びその分画(好酸球等)、KL-6、SP-D、CRP、肝機能値、血ガス、酸素飽和度、血沈、IgG、IgE、腎機能値などの検査を実施されていた場合には、その結果についてもご提示ください。 (副作用によるものとみられる疾病の症状に直接関係がない場合でも、異常値が認められていた場合には、その結果についてもご提示ください。) ※動脈血ガス分析を実施されていた場合には、その結果(PaO <sub>2</sub> 、PaCO <sub>2</sub> 等)を酸素投与量を含めてご提示ください。SpO <sub>2</sub> を測定されていた場合には、その結果もご提示ください。				
9	450					
10	—					
11	—					
12	—					

(注) 検査を行った医療機関の臨床検査における基準値の範囲を記入して下さい。

② 免疫学的・ウイルス学的・細菌学的検査

☐ 無・☒ 有

(有の場合は下表に記入して下さい)

検査項目・方法	基準値範囲 (注1)	単位	(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用前の検査値	(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用後の検査値		
			検査日	検査日		
			年    月    日	R2 年   3   月   11   日	年    月    日	年    月    日
β-D <sup>+</sup> グルカン	～ 11	pg/mL	未実施	<3.2		
<div>※電子カルテ・オーダーリングシステム等から印刷した検査結果や検査結果報告書のコピーなどを添付していただくか、表に直接記入してください。 なお、以下の検査を実施されていた場合には、結果をご提示ください。 細菌(塗抹、培養、核酸増幅法(PCR法))、β-Dグルカン、各種自己抗体、血清抗体価、尿中抗原(レジオネラ、肺炎球菌抗原)、血中抗原(サイトメガロ、アスペルギルス、カンジダ)など</div>						

(注1) 検査を行った医療機関の臨床検査における基準値の範囲を記入して下さい。

(12) 画像検査

☐ 無・☒ 有

(有の場合は下記に記入して下さい)

((4)の疾病に関連した画像検査(X線、CT、MRI、RI等)の画像を提示し、その所見等を記入して下さい。)

画像等(注2)	読影所見等(注3)
副作用発現前 (撮影日: R2 年 1 月 6 日) 検査名: X線 部位: 胸部	異常なし
	<div>※(4)の疾病の診断根拠となる画像検査や疾病に関連して実施した画像検査結果について記入してください(検査結果報告書等を添付していただくことでも結構です)。 ※異常を認めなかった場合は、検査日・検査名(X線、CT(HR-CTでも可)、RI等)・部位を記入の上、読影所見に「異常なし」と記入してください。 ※画像を電子媒体(CDもしくはDVD)でご提供ください。CT画像については、肺野及び縦隔両条件の画像をご提供ください。</div>
副作用発現後 (撮影日: R2 年 3 月 11 日) 検査名: X線/CT 部位: 胸部/胸部 (電子媒体、及び検査結果報告書を添付)	左下葉、右中葉の胸膜側優位に非区域性のスリガラス様陰影を認めた。
<div>*(4)の疾病が改善した後の画像検査の結果もあれば、併せて添付してください。</div>	

(注2) 画像は現像したフィルムの添付に代えて、電子媒体(CD等)や画像データの印刷でも結構です。  
なお、画像検査等を実施していない場合には「なし」と記入して下さい。

(注3) 読影所見は、検査結果報告書を添付していただいても結構です。

(注4) 欄に記入しきれない場合には、適宜別紙に記入のうえ添付して下さい。

(13) 備考(特記事項等を記入して下さい。)

・過去の副作用歴・アレルギー歴 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

・特記すべき体質 ☐ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☒ 有

アトピー性皮膚炎

・喫煙

現在: ☐ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☒ 有 ( 10 本/日 )

過去: 開始年齢 20 歳 中止年齢 歳 ( 本/日 )

その他特記事項 ( )

・飲酒

現在: ☐ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☒ 有 (種類: ビール 量: 350mL ) ☐ 毎日 ・ ☐ 毎週 ・ ☒ 時々

過去: 開始年齢 20 歳 中止年齢 歳 (種類: 量: ) ☐ 毎日 ・ ☐ 毎週 ・ ☐ 時々

その他特記事項 ( 機会飲酒 )

・参考となる家族歴 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

・既往歴 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

胃潰瘍の既往はなかった。

・(4)の疾病が(6)の医薬品等によるものであるとした理由:

1. ○○○○カプセルの副作用として間質性肺炎が発生することが知られている。
2. ○○○○カプセル投与後、間質影の所見、KL-6の上昇などがみられ、投与中止後に間質影の消失、炎症マーカーなどが改善している。
3. 感染症は否定的であり、医薬品の副作用を強く疑う所見である。
4. 他に本症の原因を指摘できない。

(添付資料) 1. 胸部X線及び胸部CT画像の電子媒体(CD)、胸部CTの検査結果報告書を添付する(検査実施日記入)。

※過去の副作用歴(具体的な医薬品名や症状を含む)、アレルギー歴などについて記入してください。  
※特にアレルギー疾患や自己免疫性疾患については現在の状態を含めて詳しく記入してください。

※喫煙、飲酒が「有」の場合には、その量などを記入してください。

※薬剤以外にも(4)の疾病の原因が考えられる場合には、担当医師のお考えを記入してください。  
※気管支肺胞洗浄、経気管支肺生検や呼吸機能検査(肺活量、拡散能等)、DLSTを実施されていたら、検査結果報告書等のコピーを添付し、資料名を記入してください。  
※鑑別診断のため、心電図検査、心エコー検査、胸部CT検査等を実施されていたら、その結果を記入してください(検査結果報告書等のコピーを添付し、資料名を記入していただいても結構です)。

上記のとおり診断します。

令和 2 年 5 月 1 日

病院又は診療所の名称

○○病院

診療担当科名

○ ○ 科

所在地

〒○○○-○○○○  
○○県○○市○○町○○○○

医師氏名

○ ○ ○ ○

電話番号

○○○-○○○-○○○○

救済給付に関わる問い合わせ窓口

部署名

担当者名

※診断書を作成された医師以外に、同一施設内で救済給付に関わる問い合わせ窓口(医事課、薬剤部や地域連携室等)を指定される場合には、その担当者の所属・氏名・電話番号を記入してください。

注意

※5につきまして、電子ファイルをご提出いただく場合、CDもしくはDVDで添付してください。

1 問診による身体状態と、他覚的所見とが一致しないような場合には、その旨を備考欄に記入して下さい。

2 画像検査に関する資料を添付される場合には、(12)の画像検査の項にその資料名を記入していただくか、備考欄に資料名を記入して下さい。

3 ワクチンを接種されている場合の予診票、その他参考となる資料がありましたら、備考欄にその資料名を記入し、添付して下さい。

4 記入しきれない場合には適宜別紙に記入のうえ添付して下さい。

5 パソコン等で作成された場合は、紙による提出と共に、電子ファイルをCD等の電子媒体へコピーしたものを添付して下さい。