

# 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	13-520
測定日	R5 年 4 月 18 日	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女			
身長	160 cm	体重	55 kg		
(3) 現住所	(〒○○○ - ○○○○) ※身長・体重は、(6)の医薬品を使用した時点の直近の値を記入してください。 ○○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)	アナフィラキシーショック		(5) (4)の疾病について初めて診療した日(注)	<input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和	5 年 4 月 18 日

(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		
○		○○○○錠(A社)	200mg	400mg	経口	朝・夕食後2回	R5.4.18	R5.4.18	急性気管支炎	○○医院
		△△△△錠(B薬品)	2mg	4mg	経口	朝・夕食後2回	R5.4.18	R5.4.18	急性上気道炎	同上
※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。										
※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。										
※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)。										

- (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)	急性気管支炎、急性上気道炎	※(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 腰痛症 )	
* (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。

R5. 4. 18

咳、黄色の痰、鼻水、鼻づまり、のどの痛みがあり、〇〇医院を受診した。

急性気管支炎、急性上気道炎と診断され、〇〇〇〇錠、△△△△錠の処方を受けました。

11:30頃、上記2剤を内服した。以後、内服なし。

※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。  
※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。)

R5. 4. 18

11:40頃より口唇の腫脹・のどの違和感を覚え、その後増悪傾向のため救急要請、

12:30、当院救急外来を受診した。

受診時、全身発赤著明、呼吸困難 (SpO<sub>2</sub> 80%)、収縮期血圧70mmHg台であったため、

ただちに入院とし、酸素10L、アドレリン0.5mg筋注、乳酸リンゲル液1L、ヒド<sup>®</sup>ロコチゾン300mg

を点滴した後、徐々に呼吸状態、血圧低下は改善。

R5. 4. 19

乳酸リンゲル液点滴。

R5. 4. 20

循環不全による腎障害のため、補液を継続。

R5. 4. 21

BUN、Creが正常化した。

R5. 4. 22

退院。

※医薬品使用後の原疾患の診療経過、副作用の経過を記入してください。  
※副作用の経過は、治療内容の概要(使用した医薬品名や使用量も含む)、転帰又は予後についても具体的に、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。  
※血管浮腫や蕁麻疹などの皮膚症状、嘔気、嘔吐、下痢などの消化器症状、咽頭浮腫、喘鳴などの呼吸器症状、血圧低下、不整脈などの心臓・血管系症状など、実際に認められた具体的な症状を記入してください。  
※前医が観察していた期間は分かる範囲で結構です。  
※血圧や検査値等は具体的な数値を記入してください。

(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			
			年 月 日	R5 年 4 月 18 日	R5 年 4 月 19 日	R5 年 4 月 21 日	
1	白血球	4000 ~ 9000	/μL	未	10870	22150	10770
2	BUN	8 ~ 20	mg/dL	実	22	36	20
3	Cre	0.5 ~ 1.0	mg/dL	施	1.33	2.22	0.97
4	CRP	0.3以下	mg/dL		0.05	2.21	0.11
5	AST	8 ~ 40	U/L		35	30	20
6	ALT	5 ~ 35	U/L		30	25	20
7		~					
8							
9							
10							
11							
12							

※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。

※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、白血球分画(好酸球等)、血液ガス分析などの検査を実施された場合には、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。)

(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用後の検査値						
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
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	R5 年 4 月 21 日	年 月 日	年 月 日
IgE (RIST)	~165	IU/mL	未実施	90		
※IgEなどの検査を実施していましたら、その結果について電子カルテ・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。						

(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: 年 月 日) 検査名: 部位:	※(4)の疾病に関連して実施した画像検査がございましたら、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。 ※可能でしたら、画像をCDもしくはDVDで添付してください(検査実施日が分かるように必ず明記してください)。
副作用発現後 (撮影日: 年 月 日) 検査名: 部位:	

(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

□□□□錠で発疹の副作用歴あり

・特記すべき体質  無 ・  不明 ・  有

アトピー性皮膚炎

※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。医薬品名が不明の場合は、「ヨード造影剤、セフェム系抗生物質」などわかる範囲で記入してください。

・喫煙

現在:  無 ・  不明 ・  有 ( 10 本/日 )

過去: 開始年齢 \_\_\_ 歳 中止年齢 \_\_\_ 歳 ( \_\_\_ 本/日 )

その他特記事項 ( )

※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。

・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 \_\_\_ 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

気管支炎 ( 2 4 歳 )

・(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. ○○○○錠の副作用としてショック、アナフィラキシー症状が発生することが知られている。
2. 内服から症状発症の時間経過は、アナフィラキシーショックとして矛盾がない。
3. 他に本症の原因を指摘できない。

※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。  
※皮膚テスト(プリックあるいはスクラッチ)や皮内テスト、DLSTなどを実施した場合には、その実施日及び検査結果などについても併せて記入してください。

上記のとおり診断します。

令和 5 年 8 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

- 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。

※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。