

【記載要領・骨壊死】 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	カルテ番号 13-520
測定日	R3 年 8 月 6 日		<input type="checkbox"/> 大正	
身長	168 cm	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 60 年 10 月 10 日		
体重	60 kg	<input type="checkbox"/> 平成		
		<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 令和	
(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)	左側大腿骨頭壊死		(5) (4)の疾病について初めて診療した日(注)	<input type="checkbox"/> 平成 6 年 2 月 8 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		
○		注射用○○(A社)	1000mg	1000mg	静注	1回	R3. 8. 26	R3. 8. 28	SLE	○
○		<input type="checkbox"/> 錠 (B薬品)	5mg	12~1錠漸減	経口	1回	R3. 8. 29	継続中	SLE	○
○		<input type="checkbox"/> 錠 (B薬品)	1mg	4錠	経口	1回	R5. 5. 27	継続中	SLE	○

※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。

※使用した医薬品は製剤毎にもれなく記入してください。例えばステロイド剤等で医薬品名(会社名)が同一でも異なる規格のステロイド剤を使用された場合には、規格単位毎に「1日使用量」「使用期間」等を記入してください。
 ※「一旦中止して再度使用した場合の中断期間」「漸減、漸増」「継続中」などの内容が分かるように記入してください。
 ※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、実際に服用した日にち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。
 ※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(お薬手帳の写し等を添付していただいても結構です)。

※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。
 ※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)	全身性エリテマトーデス	※(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 checked="" type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (有の場合)	
* (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。
	R3年7月から発熱、顔面紅斑、関節痛などの症状が出現し、同年8月6日より入院。
R3. 8. 26	全身性エリテマトーデスの診断で、ステロイドパルス療法を開始。(～8/28)。
R3. 8. 29	プレドニゾン60mg/日の後療法を行った。
R3. 9. 21	全身性エリテマトーデスの寛解導入目的でエンドキサンパルスを行った。
R5. 5. 27	プレドニゾン漸減し、9mg/日で継続していた。
〔医薬品の使用経緯〕 ※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。 ※医薬品の使用状況についてもご記入ください。大量投与、長期連用投与(漸減・漸増投与)などをした場合には、使用量の推移を記入してください。	
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. 12. 20	左股関節痛を自覚。
R6. 2. 8	股関節MRI検査で左側大腿骨頭壊死と診断。
R6. 6. 3	左股関節痛の増悪があり、入院。
R6. 6. 5	左人工股関節全置換術を施行。
	リハビリを施行。
R6. 6. 22	退院。
〔発現状況・症状〕 ※骨壊死によるものとみられる症状(股関節痛等)の発症年月日を可能な範囲で明確に経過に記入してください。 ※骨壊死のご診断日を経過に記入してください。 ※副作用の経過は、治療内容の概要、転帰についても具体的に記入してください。入院が長期間にわたる場合は、入院期間中の加療内容(原疾患に対する治療や骨壊死の術後リハビリも含む)についても具体的に記入してください。 ※前医が観察していた期間は分かる範囲で結構です。前医からの診療情報提供書等があればご提供ください。	

(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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9	～						
10	～						
11	～						
12	～						

未実施の場合には斜線を引いていただくことで結構です。

(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。

(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

〔 R4年 ▽▽錠の内服で発疹の出現あり。 〕

・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 (本/日)

過去： 開始年齢 歳 中止年齢 歳 (本/日)

その他特記事項 ()

※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。

※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： 量：) 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 ()

・参考となる家族歴 無 ・ 不明 ・ 有

・既往歴 無 ・ 不明 ・ 有

〔 軽度高血圧あり。 〕

・(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. 大腿骨頭壊死はステロイド大量療法を行った患者において発生する可能性が知られている。
2. R3年8月からのステロイド大量投与の約2年半後に大腿骨頭壊死を認めている経過。
3. 他に明らかな原因となる事象(大量飲酒など)がない。

(添付資料の記載例)

1. R6年2月8日の股関節MRI画像 (CD) 及び検査結果報告書

※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。

※骨壊死のご診断の根拠となった検査(画像、骨生検等)につきまして、検査結果報告書がある検査はそのコピー、画像データは別途CDもしくはDVDを添付してください。

上記のとおり診断します。

令和 6 年 7 月 1 日

病院又は診療所の名称

〇〇病院

診療担当科名

〇 〇 科

所在地

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

医師氏名

〇 〇 〇 〇

電話番号

〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

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。