

【記載要領・脳血管障害】

医療費・医療手当診断書

この診断書は、医薬品副作用被害救済制度の給付請求のために用いられるものです。各注を参考に記入してください。

(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 44 年 5 月 15 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	カルテ番号	88561-43
測定日	H26 年 11 月 9 日	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女			
身長	155 cm	体重	45 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)	脳梗塞		(5) (4)の疾病について初めて診療した日(注)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 26 年 11 月 9 日 <input 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)

※使用理由は、可能な限り具体的に記入してください。

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		
○		○○○配合錠 (A社)	—	1錠	経口	1回	H24. 7. 22	H26. 11. 1	月経困難症	○○産婦人科
		△△△錠 (B製薬)	25mg	100mg	経口	1回	H22. 12. 7	H24. 2. 27	同上	同上
		□□□錠50mg (C薬品)	50mg	100mg	経口	2回	H17. 12. 15	H26. 11. 2	貧血	◎◎内科医院

※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。

(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、実際に投与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)療法による場合には、「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)	月経困難症	※(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 貧血)	
(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	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> (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。 </div>	
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	<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> ※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、日付ごとに記入してください。 </div>
H18. 1. 22	月経不順、過多月経があり、卵巣機能不全の診断により漢方薬を投与。
H18. 7. 8	性器出血があり、機能性子宮出血の診断。
H18. 7. 14	出血持続し過多月経で貧血(Hb10. 2g/dL)。止血目的で〇〇〇配合錠を投与。
H18. 12. 8	過多月経で貧血(Hb7. 5 g/dL)と月経困難のため〇〇〇配合錠の投与再開。以後、周期的投与を継続。
H22. 9. 20	〇〇〇配合錠を長期使用したため、休薬(3ヶ月)とする。血圧108/70 mmHg
H22. 12. 7	△△△錠に変更した(～H24. 2. 27)。投与中、度々、不正性器出血あり。
H24. 7. 22	無月経にて、〇〇〇配合錠の投与再開。血圧110/74 mmHg
	〇〇〇配合錠投与中、休薬の相談を行ったが、本人の希望も有り、継続投与を行った。
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> ※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。 (前医が投薬処方した場合は、分かる範囲で結構です。) ※医薬品投与中の血圧に関する情報を把握されていれば、記入してください。 ※その他に四肢の脱力、視覚障害(視力障害、複視、視野障害)等の神経学的症状が認められていましたら、具体的に記載してください。 </div>	
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。)	
H26. 11. 2	動悸、頭痛、嘔吐出現。血圧114/76 mmHg
H26. 11. 9	体動困難なため、〇〇病院の救急外来に搬送。搬入時、意識障害、左片麻痺、構音障害が認められた。
	頭部MRIにて、静脈洞血栓症に伴う脳梗塞と診断。抗血栓療法及び頭蓋内浮腫治療剤の投与。
H26. 11. 19	頭部MRI検査施行。
H26. 11. 26	回復期リハビリ開始：理学療法(～H27. 4. 11)。
H26. 12. 9	言語リハビリ開始(～H27. 4. 11)。
H26. 12. 18	軽度の左片麻痺、しびれ、構音障害が残存しているため、リハビリは継続。
	作業療法開始(～H27. 4. 11)。
H27. 4. 16	経過良好のため、リハビリ終了と判断し、退院。
<div style="border: 2px solid red; padding: 5px;"> ※医薬品使用後の原疾患の診療経過(血圧等を含む)、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、転帰又は予後についても具体的に記入してください。入院が長期にわたる場合は、入院期間中の加療内容(原疾患に対する治療や脳血管障害による症状に対するリハビリも含む)についても具体的に記入してください。なお、リハビリテーションについては実施計画書等、内容がわかる資料のコピーを添付いただいても結構です。 ※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。また、前医からの診療情報提供書等があればご提供ください。 </div>	

(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	H26 年 11 月 9 日	H26 年 11 月 11 日	H26 年 11 月 13 日
1 WBC	3500 ～ 8500	/ μ L	未	9000	6300	6200
2 RBC	370 ～ 490	$\times 10^4$ / μ L	実	483	438	470
3 Hb	11.5 ～ 15	g/dL	施	9.5	8.5	9.2
4 Ht	35 ～ 45	%		33.0	30.5	32.6
5 PLT	15 ～ 35.0	$\times 10^4$ / μ L		37.1	30.9	32.8
6 CRP	0 ～ 0.3	mg/dL		0.34	0.64	0.69
7 PT	10 ～ 12	sec		10.7	11.8	11.9
8 PT-%	70 ～ 130	%		107.8	90.4	90.5
9 PT-INR	0.85 ～ 1.15			0.96	1.05	1.07
10 APTT	25 ～ 35	sec		23.1	25.2	27.6
11 D dimer	0 ～ 1	mg/mL		1.39	2.24	2.37
12	～					

(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用後の検査値						
	H26 年 11 月 15 日	H26 年 11 月 17 日	H26 年 11 月 19 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1	4300	5400	4700			
2	449	435	462			
3	8.7	8.4	9.0			
4	31.6	30.9	33.2			
5	30.8	31.0	38.8			
6	1.22	※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。 ※会社や自治体などで実施 された健康診断の結果を把 握されていれば、その結果も 併せて記入してください。				
7	11.7					
8	87.5					
9	1.05					
10	38.8	35	32			
11	0.97	1.26	0.87			
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	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
※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伝票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： なし	 <div> <p>※(4)の疾病の診断根拠となる画像検査や関連して実施した画像検査の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いただくことでも結構です)。</p> <p>※(4)の疾病の診断根拠となる画像検査については、読影所見に加え、可能な限りCD等電子媒体に記録した画像データを添付してください。電子媒体による提出が難しい場合は、紙に鮮明に印刷したものを提出ください。</p> <p>※異常を認めなかった場合は検査日・検査名(X線、CT、MRI、エコー、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。</p> <p>※可能でしたら、画像を、現像したフィルム、電子データ等で添付してください(検査実施日がわかる様に必ず明記してください)。</p> </div>
副作用発現後（撮影日： H26 年 11 月 9 日） 検査名： MRI 部位： 頭部 CD添付	右前頭頭頂葉の梗塞巣(+)。 T2*画像で、横静脈洞に低信号域。

(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

・喫煙

現在: ☐ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☒ 有 (5 本/日)

過去: 開始年齢 ____ 歳 中止年齢 ____ 歳 (

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。

・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 (機会飲酒

※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。

・参考となる家族歴 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

・既往歴 ☐ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☒ 有

高血圧: 有、糖尿病: 無、脂質異常症: 有、心房細動: 無

・(4)の疾病が(6)の医薬品等に

※高血圧、糖尿病、脂質異常症及び心房細動について「有」「無」を記入してください。

1. ○○○錠の副作用として脳梗塞の発生が知られている。
2. 医薬品の投与歴、経過、画像検査などから、医薬品の副作用が強く疑われる。
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。

(添付資料) 1. 平成26年11月9日実施の頭部MRI画像 (CD)

※(4)の診断根拠となった画像検査については、可能な限りCD等電子媒体に記録した画像データを添付してください。電子媒体による提出が難しい場合は、紙に鮮明に印刷したものを提出ください。

上記のとおり診断します。

令和 元 年 5 月 30 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

〇〇病院

〇 〇 科

所在地

医師氏名

〒〇〇〇-〇〇〇〇
〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇〇

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

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。