

様式7の(1)

副作用救済給付用

【記載要領・  
視覚障害用】

障 害 年 金  
障害児養育年金

診 断 書

視覚障害用

(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 40 年 1 月 2 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	カルテ番号  19-980
測定日	平成 29 年 2 月 3 日			
身長 170 cm 体重 60 kg	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女			
(3) 現住所	(〒 ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ) ○ ○ 県 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○ ○			
(4) 障害の原因となった副作用によるものとみられる疾病の名称又は症状(注)	両側視神経萎縮		(5) (4)の疾病について初めて診療した日(注)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 29 年 4 月 2 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)											
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 製薬)	2 5 0 mg	1 . 0 g	経口	分 1 朝食後	H29. 2. 3	H29. 3. 31	結核治療	○	
		○ ○ ○ ○ カプセル (B 社)	1 5 0 mg	4 5 0 mg	経口	分 1 朝食後	H29. 2. 3	H29. 3. 31	結核治療	○	
		○ ○ ○ ○ ○ 錠 (C 薬品)	1 0 0 mg	1 0 0 mg	経口	分 2 朝夕食後	H29. 2. 3	H29. 3. 31	結核治療	○	
※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。											
※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)	肺結核症	※(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 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。
H29. 1. 22	微熱、咳嗽、喀痰を主訴として当院受診。
H29. 2. 3	喀痰培養にて結核菌（＋）と判明し上記の投薬を開始。
	検眼にて異常なく、視力は右0.8、左0.6
H29. 3. 15	検眼異常なし。視力右0.8、左0.6
H29. 4. 1	3:30に「眼がぼうとなった」ため受診。眼科受診をすすめた。
	なお、〇〇〇〇は本日は飲んでいないとのことである。
	(以上 内科医師 〇〇〇〇)
	[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。 ※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。 ※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。)	
H29. 4. 2	当科受診。視力右0.5 (nc) 、左0.3 (0.4-0.75D)
	眼圧右17mmHg、左20mmHg、眼底所見異常なし。視野は、中心比較暗点を認め、
	視神経炎の疑いにて〇〇〇〇等の投与にて様子を見る。
	右0.1、左0.05になり、右5°、左10°の中心暗点が認められた。
H30. 5. 15	右0.08、左0.04
R1. 5. 30	右0.06、左0.02 以後不変のまま現在に至る。
	(以上、眼科医師 〇〇〇〇)
	※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。 ※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詳しく記入してください。 ※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。 ※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) 請求に係る障害の現況(障害とは、症状が固定し治療の効果が期待できない状態、又は症状が固定しないまま(5)の日から1年6ヵ月を経過した後の状態をいいます。)(測定日：R1年5月30日)

(5)の日から1年6ヵ月を☒経過している☐経過していない

必ず記入してください。

経過していない場合は、障害の現況の測定日において、症状が固定し治療の効果が期待できない状態であると判断された理由を以下に記入して下さい。

(a)～(d)においてはもれなく記入し、無関係な欄は、斜線により抹消して下さい。

(a) 視力

※矯正できる場合は必ず記入してください。矯正できない場合も、「矯正不能」など記入してください。

	裸眼	矯正視力
右	0.06	矯正不能 × D ( cyl D Ax °
左	0.02	0.4 × -0.75 D ( cyl D Ax °

視力値はpartial(p)を使わない値で記入して下さい。

(b) 所見(必要なときは適宜図示して下さい。)

	前眼部所見	中間透光体所見	眼底所見
右 眼	異常なし	異常なし	視神経萎縮
左 眼	異常なし	異常なし	視神経萎縮

(c) 視野(傷病から視野障害を測定する必要があると認めた場合には測定して下さい。)

※視野図のコピーを添付してください。

※ア.ゴールドマン型視野計 イ.自動視野計のどちらかに記入してください。

・ゴールドマン型視野計を用いた場合は、I/4の視標の視野図のコピー及びI/2の視標の視野図のコピーを添付してください。なお、どのイソプタがI/4の視標やI/2の視標によるものかを明確に区別できるように記載してください。

・自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。

・視野障害がある場合は、周辺視野、中心視野両方の測定結果を記入して下さい。

ア. ゴールドマン型視野計

(ア) 周辺視野の評価 (I/4)

① 周辺視野の角度

I/4の視標の視野図のコピー及びI/2の視標の視野図のコピーを添付してください。また、周辺視野・中心視野の評価について必ず記入してください。

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計
右									
左									

度

度

② 両眼の視野が2分の1以上欠損

(はい・いいえ)

(イ) 中心視野の評価 ( I / 2 )  
中心視野の角度

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									a	度
左									b	度

(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)  
両眼中心視野  
角度 ( I / 2 ) (  × 3 +  ) / 4 =  度

イ. 自動視野計

(ア) 周辺視野の評価  
**両眼開放エスターマンテスト** 両眼開放視認点数  点

(イ) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

右	c	点 ( ≥ 26 d B )
左	d	点 ( ≥ 26 d B )

両眼開放視認点数は視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで測定し、両眼中心視野視認点数は視標サイズⅢによる10-2プログラムで測定してください。また、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。

(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)  
両眼中心視野  
視認点数 (  × 3 +  ) / 4 =  度

周辺視野・中心視野の評価  
について必ず記入してください。

(d) その他の障害 (その程度・症状・治療経過等を記載してください。)

〔 該当するものを全て○で囲ってください。  
I 調節機能 / II 輻輳機能 / III 瞳孔 / IV まぶたの欠損 / V まぶたの運動 / VI 眼球の運動 〕

特になし

(e) その他参考となる現況

視力の低下が著しく、今年に入り離職した。右眼は既に矯正不能の状態であるが、左眼も回復の見込みがなく、Q0Vの維持も厳しい状態である。

(12) 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 ( 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

[

・(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. ○○○○が副作用として視力障害を起こすことがあることは周知の事実である。  
2. 本症例は、両視神経炎を発症し、両視神経萎縮、両眼中心暗点を残しており、典型的な○○○  
○による視力障害の所見と思われる。

※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。  
※予診票(ワクチン接種の場合)、その他参考となる資料(CT、MRI等の画像検査結果、麻酔に関する記録等)がありましたら、備考欄にその資料名を記入し、添付してください。

上記のとおり診断します。

令和 元 年 6 月 30 日

病院又は診療所の名称

○○病院

診療担当科名

内科 眼科

所在地

〒○○○-○○○○  
○○県○○市○○町○○○○

医師氏名

内科 ○ ○ ○ ○  
眼科 ○ ○ ○ ○

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。  
また、障害の現況に対する見解等も備考欄に記入して下さい。
- 2 眼底写真、E R G、予診票(ワクチン接種の場合)、その他参考となる資料があれば、備考欄にその資料名を記入し、添付して下さい。
- 3 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。
- 4 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 この診断書を障害年金又は障害児養育年金の改定請求書に添付する場合には、(5)から(9)までの欄の記入は不要です。ただし、障害の状態の変更が新たに使用した医薬品等の副作用によるとして改定請求する場合には、これらの欄の記入は必要となります。
- 6 この診断書を現況届に添付する場合には、(5)から(9)までの欄の記入は不要です。

