

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 33 年 4 月 5 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	カルテ番号	6789
測定日	H29 年 9 月 27 日	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女			
身長	165 cm	体重	70 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)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)	右上肢の腫脹、疼痛		(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 10 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)

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		
		○○○○筋注 (○○製薬)	5%1mL 1管		筋注	1A	H29. 10. 4	H29. 10. 7	鎮痛	○
※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。										

(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)	腹痛、悪心、嘔吐	※(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、日付ごとに記入してください。
H29. 9. 10	8月より始まった腹痛により来院。外来で検査するも原因不明
H29. 9. 27	入院
	精査にもかかわらず原因不明。連日の腹痛に加え悪心、嘔吐を伴うようになった。
H29. 10. 4	抗コリン剤で十分鎮痛、鎮静できないため〇〇〇〇筋注を用いたところ
	腹痛、悪心は軽減した。
	以後、10/7まで連日合計4回右肩三角筋肉へ注射した。
※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。)	
H29. 10. 8	同部より右上腕にかけて腫脹、疼痛を来した。
	消炎鎮痛剤〇〇〇〇の投与、局所外用により腫脹、疼痛は軽減してきたが、
H29. 10. 9	右上肢全体（とくに手指）の脱力、知覚障害を生じた。
	その後理学療法、ステロイド剤などの薬物療法にもかかわらず、
	右上肢機能の回復は得られていない。
※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、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 20 日)											
(5) の日から1年6ヵ月を <input checked="" type="checkbox"/> 経過している <input type="checkbox"/> 経過していない <div style="border: 2px solid red; padding: 2px; display: inline-block; color: red; font-weight: bold;">必ず記入してください。</div>											
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) 麻痺											
外観	<input checked="" type="checkbox"/> 弛緩性 <input type="checkbox"/> 痙性(痙縮性) <input type="checkbox"/> 不随意運動性 <input type="checkbox"/> 失調性 <input type="checkbox"/> 強剛性										
起因部位	<input type="checkbox"/> 脳性 <input type="checkbox"/> 脊髄性 <input checked="" type="checkbox"/> 末梢神経性 <input type="checkbox"/> 筋性 <input type="checkbox"/> その他 ( 心因性の疑い <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )										
反射	右				左						
	上肢	下肢	バビンスキー反 射	その他の病的反射	上肢	下肢	バビンスキー反 射	その他の病的反射			
	やや低下	正	なし	なし	正	正	なし	なし			
(b) 関節運動範囲及び筋力(首・体幹・四肢)											
部位	運動の種類	右					左				
		関節運動範囲		関節運動筋力			関節運動範囲		関節運動筋力		
		他動範囲	強直肢位	正常又はやや減	半減	著減又は消失	他動範囲	強直肢位	正常又はやや減	半減	著減又は消失
首	前屈						/	/	/	/	/
	後屈										
体幹	前屈						/	/	/	/	/
	後屈										
肩関節	屈曲	120°			○						
	伸展	0°			○						
	内旋										
	外旋										
肘関節	屈曲	120°			○						
	伸展	0°			○						
手関節	背屈	30°			○						
	掌屈	45°									
股関節	屈曲										
	伸展										
	内転										
	外転										
膝関節	屈曲										
	伸展										
足関節	背屈										
	底屈										

(c) 補助用具使用状況

☒ 使用なし ・ ☐ 常時使用 ・ ☐ ときどき使用 (使用している場合は以下についても記入して下さい)

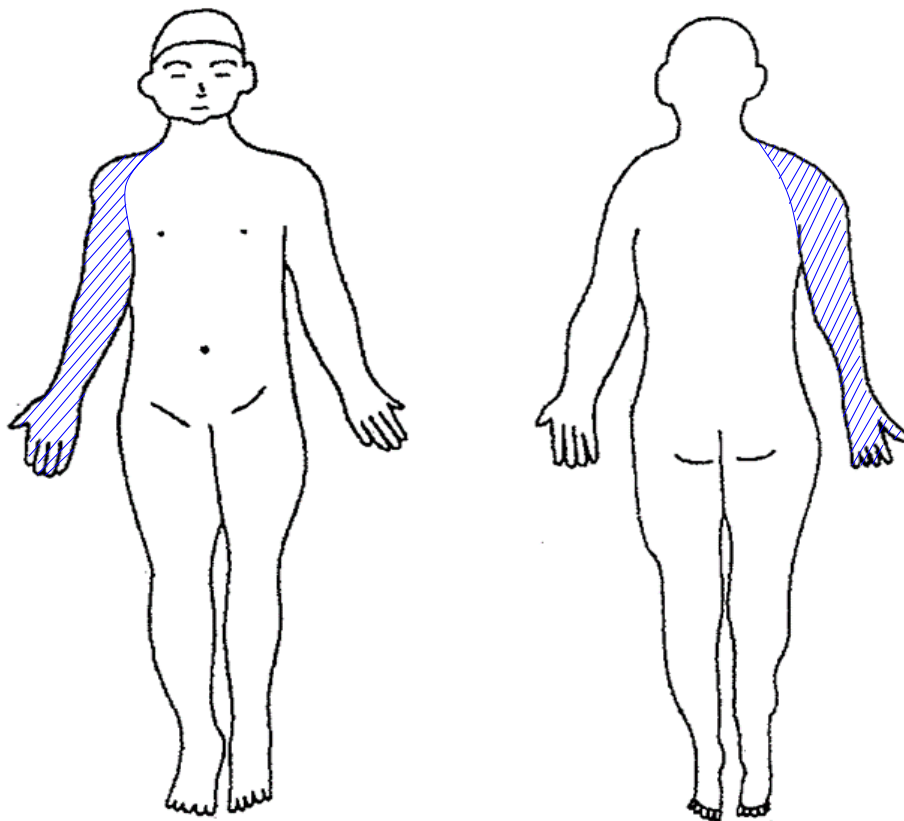
☐ 上肢補装具 ・ ☐ 下肢補装具 ・ ☐ 杖 ・ ☐ 松葉杖 ・ ☐ 車椅子 ・ ☐ 歩行車 ・ ☐ 補助用小道具  
☐ その他 (具体的に: )

使用状況を詳しく記入して下さい。

(d) 感覚障害・自律神経障害・運動障害

☐ 無 ☒ 有

障害のある部分を適宜、色別や斜線等で塗りつぶして示して下さい。



感覚障害の種類及び程度

痛覚 ☐ 脱失 ・ ☒ 鈍麻 ・ ☐ 過敏  
触覚 ☐ 脱失 ・ ☒ 鈍麻 ・ ☐ 過敏  
温度覚 ☐ 脱失 ・ ☒ 鈍麻 ・ ☐ 過敏  
深部感覚 ☐ 脱失 ・ ☒ 鈍麻 ・ ☐ 過敏

異常感覚 [ 有の場合

シビレ感、時々痛み

自律神経障害の有無及び状況

排尿障害 ☒ 無 ・ ☐ 有

[ 有の場合

排便障害 ☒ 無 ・ ☐ 有

[ 有の場合

## (e) 日常生活動作の障害程度

[ ひとりでうまくできる場合には . . . . . ○  
 ひとりでできてもううまくできない場合には . . △  
 ひとりでまったくできない場合には . . . × ] を記入して下さい。

		補助用具を 使用しない場合	補助用具を 使用する場合
つまむ (新聞紙が引き抜けない程度)	右	×	
	左	○	
握る (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)	右	×	
	左	○	
タオルを絞る (水をきれる程度)	両手	△	
ひもを結ぶ	両手	△	
さじで食事をする	右	×	
	左	○	
顔を洗う (顔に手のひらをつける)	右	×	
	左	○	
便所の処置をする (ズボンの前のボタンの所に手をやる)	右	×	
	左	○	
〃 (臀のところに手をやる)	右	×	
	左	○	
上衣の着脱 (かぶりシャツを着て脱ぐ)	両手	○	
〃 (ワイシャツを着てボタンをとめる)	両手	○	
ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)	両手	○	
靴下をはく (どのような姿勢でもよい)	右	○	
	左	○	
すわる (正座・横すわり・あぐら・脚なげ出し(このような姿勢を持続する))		○	
歩く	屋内	○	
	屋外	○	
	連続歩行 可能距離	特に制限なし m	m
片足で立つ	右	○	
	左	○	
深くおじぎ(最敬礼)をする		○	
立ち上がる		<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> 不能	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> 不能
階段をのぼる		<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> 不能	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> 不能
階段をおりる		<input checked="" type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> 不能	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 支持があれば可能 <input type="checkbox"/> 不能

(f) 臨床検査（画像検査、神経生理学的検査、脳脊髄液検査等）

検査日、検査名を記入し、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下さい。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。検査を実施していない場合は「なし」と記入して下さい。

(g) 障害の持続時間、消長、誘因、日常生活への影響等を具体的に記入して下さい。

(h) その他参考となる現況

（免荷指示や今後の手術予定がありましたら、必ず記入して下さい。）

平成29年10月から令和元年5月の間、脱力、知覚障害の改善はほとんどなく固定状態である。  
当初頻発した右上肢の発作性の疼痛は右星状神経節ブロックにより軽快している。

(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

※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。

・特記すべき体質 ☒ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☐ 有

・喫煙

現在: ☐ 無 ・ ☐ 不明 ・ ☒ 有 ( 5~10 本/日 )

※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。

過去: 開始年齢 \_\_\_\_ 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: 日本酒 量: 1合 ) ☐ 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:

※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(筋電図、麻酔に係る記録等)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 5 月 20 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

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 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。

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。