

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 60 年 10 月 10 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | カルテ番号 | 13-520 |
| 測定日 | H26 年 8 月 6 日 | <input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女 | | | |
| 身長 | 168 cm | 体重 | 60 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) | 両側大腿骨頭壊死 | | (5) (4)の疾病について初めて診療した日(注) | <input checked="" type="checkbox"/> 平成 29 年 5 月 10 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。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。

※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。

* (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 | H26. 8. 26 | H26. 8. 28 | SLE | ○ |
| ○ | | □□錠 (B薬品) | 5mg | 12~1錠漸減 | 経口 | 1回 | H26. 8. 29 | 継続中 | SLE | ○ |
| ○ | | □□錠 (B薬品) | 1mg | 4錠 | 経口 | 1回 | H28. 5. 27 | 継続中 | SLE | ○ |
| | | 注射用△△ (C製薬) | 100mg | 800mg | 静注 | 1回 | H26. 9. 21 | H26. 9. 21 | SLE | ○ |
| | | 同上 | 同上 | 同上 | 同上 | 同上 | H26. 11. 13 | H26. 11. 13 | SLE | ○ |

※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。

(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) | 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 | |
| <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 |
| <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; color: red;"> ※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> | |
| ① (6)の医薬品等を使用するに至った経緯 | |
| | H26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。 |
| H26. 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）。 |
| H26. 8. 29 | プレドニゾロン60mg/日の後療法を行った。 |
| H26. 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。 |
| H28. 5. 27 | プレドニゾロン漸減し、9mg/日で継続していた。 |
| <div style="border: 2px solid red; padding: 10px; color: red;"> [医薬品の使用経緯]（前医が処方した場合は、分かる範囲で結構です。） ※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。 </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。） | |
| H29. 3月下旬 | この頃より右股関節痛を自覚した。 |
| H29. 4月下旬 | 右股関節痛が増悪し、さらに左の股関節痛も出現し始めた。 |
| H29. 5. 10 | 股関節痛が続くため、△△病院を受診。MRI検査にて両側大腿骨頭壊死と診断。 |
| | 以後、疼痛コントロール等にて外来通院を継続するも、下肢機能の回復は得られていない。 |
| <div style="border: 2px solid red; padding: 10px; color: red;"> [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、治療内容（リハビリも含む）の概要、転帰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。 </div> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

（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 8 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) 麻痺

| | | | | | | | | |
|------|--|----|-----------|----------|----|----|-----------|----------|
| 外観 | <input 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 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 |
| | | | | | | | | |

(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 | | | | | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | | | | | |
| | 内旋 | | | | | | | | | | |
| | 外旋 | | | | | | | | | | |
| 肘関節 | 屈曲 | | | | | | | | | | |
| | 伸展 | | | | | | | | | | |
| 手関節 | 背屈 | | | | | | | | | | |
| | 掌屈 | | | | | | | | | | |
| 股関節 | 屈曲 | 70 | | | | ○ | 75 | | | | ○ |
| | 伸展 | 10 | | | | ○ | 5 | | | ○ | |
| | 内転 | 10 | | | | ○ | 15 | | | ○ | |
| | 外転 | 15 | | | | ○ | 20 | | | ○ | |
| 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:)

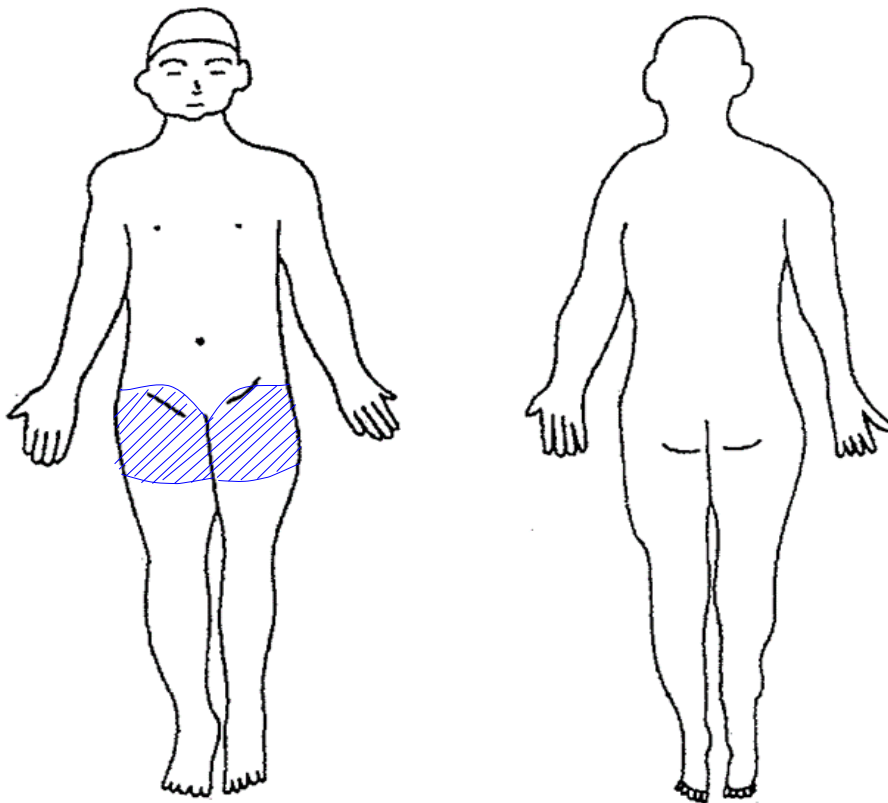
使用状況を詳しく記入して下さい。

松葉杖は常時使用、車椅子はときどき使用している。

(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~~

~~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 | 0 m | 30 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 type="checkbox"/> 可能 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 可能 <input checked="" 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 type="checkbox"/> 可能 <input checked="" 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。

以下の画像データ（CD）及び検査結果報告書を添付する。

- ・平成29年5月10日（骨頭壊死診断時）：MRI検査。
- ・令和1年5月8日（現況測定時）：単純Xp検査。

令和1年5月8日の単純Xpでは、両大腿骨頭に帯状硬化像および圧潰、右股関節の裂隙狭小を認めている。右：ステージ4、左：ステージ3。

※特に、以下の時期に実施された画像検査（X線、MRI、骨シンチグラム等）について、画像及び検査結果報告書を添付してください。

・骨壊死の診断時

・障害の現況測定日以前の直近

※上記以外にも参考となる検査結果（骨生検等）がございましたら、検査結果報告書のコピーを併せてご提供ください。

(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。

平成29年5月10日の骨頭壊死診断時から、補助用具無しでは全く歩けない状態が続いている。衣服の着替えや場所移動に日常的に介助が必要な状態。

(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。）

- ・免荷指示はしていないが、両股関節痛のために常時松葉杖を要している。
- ・ADLの支障も著しいため手術の説明はしてあるが、本人が今のところは希望していない。
- ・日常生活動作障害のうち、〇〇〇は、△△△（原疾患など）による影響も考えられる。

※骨壊死に対する手術（人工関節置換術等）を予定していない場合には、その理由・経緯を具体的に記載してください。

※障害の原因として副作用以外（原疾患など）の影響も考えられる場合には、その影響の程度についてご高察いただき、本欄に記載してください。

(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

H20年 ▽▽錠の内服で発疹の出現あり。

※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

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 ()

※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. H26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。

※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。

上記のとおり診断します。

令和 元 年 5 月 15 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。