

(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。
	※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。)	
	※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) 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。

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	～						

※もし、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。
その際には、他院の結果であることが分かるように記載してください。

(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						

※副作用の経緯が分かるよう、発現する前から症状が軽快するまでの結果をご提示ください。
※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。なお、肝機能値、腎機能値、白血球数及びその分画（好中球、好酸球等）、CRP、単純ヘルペスウイルス、EBV、CMV、マイコプラズマ等の抗体価や核酸量など、ウイルス性肝炎や自己免疫性肝炎のマーカーなどの検査を実施されている場合には、結果をご提示ください。

(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。

(12) 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： 年 月 日)																																																							
(5) の日から1年6ヵ月を <input 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; margin-left: 20px;">必ず記入してください。</div> <p style="margin-top: 10px;">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。</p>																																																							
肝	(a) 臨床所見 (注1) <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 発熱 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 皮膚そう痒感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 発疹 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 有痛性筋痙攣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 吐血・下血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 </td> <td style="width: 50%;"> 肝萎縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 脾腫大 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 浮腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 腹水 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(難治性) 黄疸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 腹壁静脈怒張 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 肝性脳症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (度) 出血傾向 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 胃・食道静脈瘤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 </td> </tr> </table> <p style="margin-top: 10px;">その他の臨床所見：</p>	全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 発熱 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 皮膚そう痒感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 発疹 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 有痛性筋痙攣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 吐血・下血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明	肝萎縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 脾腫大 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 浮腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 腹水 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(難治性) 黄疸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 腹壁静脈怒張 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 肝性脳症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (度) 出血傾向 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 胃・食道静脈瘤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明																																																				
	全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 発熱 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 食欲不振 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 悪心・嘔吐 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 皮膚そう痒感 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 発疹 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 有痛性筋痙攣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 吐血・下血 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明	肝萎縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 脾腫大 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 浮腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 腹水 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 有(難治性) 黄疸 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 腹壁静脈怒張 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 肝性脳症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (度) 出血傾向 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明 胃・食道静脈瘤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 著明																																																					
	障 害	(b) 肝機能検査成績 ((11)の臨床検査の項への記載でも結構です。) [過去3ヵ月間における2回の検査成績(1ヵ月以上の間隔をおくこと。)をそれぞれ記入して下さい。] <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th rowspan="2">検査項目</th> <th rowspan="2">基準値 (注2)</th> <th colspan="2">検査年月日</th> </tr> <tr> <th>年 月 日</th> <th>年 月 日</th> </tr> <tr><td>AST (GOT)</td><td>～</td><td>IU/L</td><td>IU/L</td></tr> <tr><td>ALT (GPT)</td><td>～</td><td>IU/L</td><td>IU/L</td></tr> <tr><td>γ-GTP</td><td>～</td><td>IU/L</td><td>IU/L</td></tr> <tr><td>血清総ビリルビン</td><td>～</td><td>mg/dL</td><td>mg/dL</td></tr> <tr><td>ALP</td><td>～</td><td>IU/L</td><td>IU/L</td></tr> <tr><td>血清総蛋白</td><td>～</td><td>g/dL</td><td>g/dL</td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>～</td><td>g/dL</td><td>g/dL</td></tr> <tr><td>A/G比</td><td>～</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>～</td><td>$\times 10^4 / \mu\text{L}$</td><td>$\times 10^4 / \mu\text{L}$</td></tr> <tr><td>プロトロンビン時間</td><td>～</td><td>%</td><td>%</td></tr> <tr><td>総コレステロール</td><td>～</td><td>mg/dL</td><td>mg/dL</td></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td>～</td><td>$\mu\text{g/dL}$</td><td>$\mu\text{g/dL}$</td></tr> </table>	検査項目	基準値 (注2)	検査年月日		年 月 日	年 月 日	AST (GOT)	～	IU/L	IU/L	ALT (GPT)	～	IU/L	IU/L	γ-GTP	～	IU/L	IU/L	血清総ビリルビン	～	mg/dL	mg/dL	ALP	～	IU/L	IU/L	血清総蛋白	～	g/dL	g/dL	血清アルブミン	～	g/dL	g/dL	A/G比	～			血小板数	～	$\times 10^4 / \mu\text{L}$	$\times 10^4 / \mu\text{L}$	プロトロンビン時間	～	%	%	総コレステロール	～	mg/dL	mg/dL	血中アンモニア	～	$\mu\text{g/dL}$
検査項目		基準値 (注2)			検査年月日																																																		
			年 月 日	年 月 日																																																			
AST (GOT)		～	IU/L	IU/L																																																			
ALT (GPT)		～	IU/L	IU/L																																																			
γ-GTP		～	IU/L	IU/L																																																			
血清総ビリルビン		～	mg/dL	mg/dL																																																			
ALP		～	IU/L	IU/L																																																			
血清総蛋白		～	g/dL	g/dL																																																			
血清アルブミン		～	g/dL	g/dL																																																			
A/G比		～																																																					
血小板数		～	$\times 10^4 / \mu\text{L}$	$\times 10^4 / \mu\text{L}$																																																			
プロトロンビン時間		～	%	%																																																			
総コレステロール		～	mg/dL	mg/dL																																																			
血中アンモニア	～	$\mu\text{g/dL}$	$\mu\text{g/dL}$																																																				
(c) その他の検査所見 (画像検査、組織所見、免疫学的検査所見等) (注3)																																																							

(注1) 臨床所見の詳細は(10)②の経過欄に記載して下さい。
 (注2) 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。
 (注3) 検査日、検査名、所見を記入して下さい。画像は電子媒体(CD等)やフィルムの添付に代えて、画像データの印刷でも結構です。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。検査を実施していない場合には「なし」と記入して下さい。

血液 ・ 造 血 器 障 害	(a) 臨床所見 立ちくらみ <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 疲労感 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 動悸 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 息切れ <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 発熱 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 関節症状 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 その他の臨床所見：	るい瘦 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 リンパ節腫脹 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 出血傾向 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 紫斑 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 肝腫 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明 脾腫 <input type="checkbox"/> 無 • <input type="checkbox"/> 有 • <input type="checkbox"/> 著明																																			
	輸血の回数及び総量 赤血球製剤 回 計 mL (年 月 日 ~ 年 月 日) 血小板製剤 回 計 mL (年 月 日 ~ 年 月 日) その他 () 回 計 mL (年 月 日 ~ 年 月 日)																																				
	(b) 血液検査成績 (年 月 日) [過去3ヵ月間において症状を最もよく表している成績を記入して下さい。]																																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ア 末梢血液 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>赤血球</td><td style="text-align: right;">×10⁴/μL</td></tr> <tr><td>ヘモグロビン</td><td style="text-align: right;">g/dL</td></tr> <tr><td>ヘマトクリット</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>白血球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>顆粒球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>単球</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>リンパ球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>病的細胞</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>血小板</td><td style="text-align: right;">×10⁴/μL</td></tr> <tr><td>網赤血球数</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>血清総蛋白</td><td style="text-align: right;">g/dL</td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> イ 骨髄 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>有核細胞</td><td style="text-align: right;">×10⁴/μL</td></tr> <tr><td>巨核球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>赤芽球系</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>顆粒球系</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>リンパ球系</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>病的細胞</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> </table> ウ 出血傾向 出血時間 (法) 分 APTT (基準値 秒) 秒 PT (基準値 秒) 秒 エ その他 CRP mg/dL LDH IU/L </td> </tr> </table>		ア 末梢血液 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>赤血球</td><td style="text-align: right;">×10⁴/μL</td></tr> <tr><td>ヘモグロビン</td><td style="text-align: right;">g/dL</td></tr> <tr><td>ヘマトクリット</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>白血球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>顆粒球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>単球</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>リンパ球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>病的細胞</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>血小板</td><td style="text-align: right;">×10⁴/μL</td></tr> <tr><td>網赤血球数</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>血清総蛋白</td><td style="text-align: right;">g/dL</td></tr> </table>	赤血球	×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン	g/dL	ヘマトクリット	%	白血球	/μL	顆粒球	/μL	単球	%	リンパ球	/μL	病的細胞	%	血小板	×10 ⁴ /μL	網赤血球数	%	血清総蛋白	g/dL	イ 骨髄 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>有核細胞</td><td style="text-align: right;">×10⁴/μL</td></tr> <tr><td>巨核球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>赤芽球系</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>顆粒球系</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>リンパ球系</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>病的細胞</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> </table> ウ 出血傾向 出血時間 (法) 分 APTT (基準値 秒) 秒 PT (基準値 秒) 秒 エ その他 CRP mg/dL LDH IU/L	有核細胞	×10 ⁴ /μL	巨核球	/μL	赤芽球系	%	顆粒球系	%	リンパ球系	%	病的細胞
ア 末梢血液 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>赤血球</td><td style="text-align: right;">×10⁴/μL</td></tr> <tr><td>ヘモグロビン</td><td style="text-align: right;">g/dL</td></tr> <tr><td>ヘマトクリット</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>白血球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>顆粒球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>単球</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>リンパ球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>病的細胞</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>血小板</td><td style="text-align: right;">×10⁴/μL</td></tr> <tr><td>網赤血球数</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>血清総蛋白</td><td style="text-align: right;">g/dL</td></tr> </table>	赤血球	×10 ⁴ /μL	ヘモグロビン	g/dL	ヘマトクリット	%	白血球	/μL	顆粒球	/μL	単球	%	リンパ球	/μL	病的細胞	%	血小板	×10 ⁴ /μL	網赤血球数	%	血清総蛋白	g/dL	イ 骨髄 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>有核細胞</td><td style="text-align: right;">×10⁴/μL</td></tr> <tr><td>巨核球</td><td style="text-align: right;">/μL</td></tr> <tr><td>赤芽球系</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>顆粒球系</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>リンパ球系</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> <tr><td>病的細胞</td><td style="text-align: right;">%</td></tr> </table> ウ 出血傾向 出血時間 (法) 分 APTT (基準値 秒) 秒 PT (基準値 秒) 秒 エ その他 CRP mg/dL LDH IU/L	有核細胞	×10 ⁴ /μL	巨核球	/μL	赤芽球系	%	顆粒球系	%	リンパ球系	%	病的細胞	%		
赤血球	×10 ⁴ /μL																																				
ヘモグロビン	g/dL																																				
ヘマトクリット	%																																				
白血球	/μL																																				
顆粒球	/μL																																				
単球	%																																				
リンパ球	/μL																																				
病的細胞	%																																				
血小板	×10 ⁴ /μL																																				
網赤血球数	%																																				
血清総蛋白	g/dL																																				
有核細胞	×10 ⁴ /μL																																				
巨核球	/μL																																				
赤芽球系	%																																				
顆粒球系	%																																				
リンパ球系	%																																				
病的細胞	%																																				
(c) その他の検査所見 (骨髄組織所見・免疫学的検査所見等)																																					

(13) 障害の状況を社会活動面からみた現在の一般状態区分

☐ 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、(4)の疾病の原因とされる医薬品等の使用前と同等にふるまえる。

☐ 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働か座業はできる。
例えば、軽い家事、事務など。

☐ 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要なこともある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している。

☐ 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床している。

☐ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を必要としている。

(14) 日常生活状況(障害により日常生活にどの程度の制限が加えられているかを具体的に記入して下さい。)

(15) 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

※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

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

・(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。
※DLSTなどの確認試験を実施されましたら、検査結果報告書等の写しを添付し、資料名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、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 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

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 X線写真、予診票(ワクチン接種の場合)、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。