

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 25 年 2 月 11 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	カルテ番号	19-730
測定日	H30 年 9 月 1 日	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女			
身長	150 cm	体重	42 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)	ショック		(5) (4)の疾病について初めて診療した日(注)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 30 年 9 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			
○		○○液 (A薬品)	4%	1 0 mL	注入	3回	1mL 7mL 2mL	H30. 9. 10	H30. 9. 10	気管支鏡検査 実施のため	○
		△△注 (B薬品)	1 mL 0. 5mg	0. 5mg	筋注	1回		H30. 9. 10	H30. 9. 10	気管支鏡検査 実施のため	○
※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)療法によった場合には、「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)	胸部異常陰影の精査	※(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。
H30.9.10	今年初めより咳嗽、体重減少がみられ近医受診。胸部X線にて右下
	肺野に異常陰影が認められたため、精査のため当科受診。
	午前10時、気管支鏡検査開始。△△0.5mg筋注、その後ネブライザー
	により〇〇液1mLを吸入させ、引続き咽喉頭部に7mL噴霧した。
	なお、口腔内に貯留した薬液は唾液と共に紙コップに吐出させた。
	※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。)	
	同10時15分、〇〇液2mLを注入し気管支鏡を挿入時喘息、せん妄、チアノーゼが出現
	したので直ちに抜去し、□□0.5mg静注したが、10時25分血圧低下、呼吸停止に至った。
	同10時30分挿管し、●●1g静注▲▲1A心腔内注入、■120mL静注等の治療を実施した。
	その結果血圧170mmHgに上昇した。
	同11時30分病棟へ移送。意識は昏迷状態であり、瞳孔は散大し、肢位は除脳硬直の状態
	であった。同15時30分、人工呼吸器を装着した。
	その後の血圧は動揺性であるが低下は見られなくなったため、昇圧剤を中止した。
	呼吸も不規則であるがPaO2は良好であるため12月10日に人工呼吸器をはずした。
	※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: R2 年 2 月 1 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。

意識状態は、発現後、全く変化はなく、脳波も平成30年11月以降平坦化しており、改善する見込みは極めて少ない。

(a) 現在の病状又は状態像(注)

・抑うつ状態

☐ 思考・運動制止 ☐ 刺激性・興奮 ☐ 憂うつ気分 ☐ 自殺企図 ☐ 希死念慮  
☐ その他 ( )

・そう状態

☐ 行為心迫 ☐ 多弁・多動 ☐ 気分(感情)の異常な高揚・刺激性 ☐ 観念奔逸 ☐ 易怒性・被刺激性亢進 ☐ 誇大妄想  
☐ その他 ( )

・幻覚妄想状態 等

☐ 幻覚 ☐ 妄想 ☐ させられ体験 ☐ 思考形式の障害 ☐ 著しい奇異な行為  
☐ その他 ( )

・精神運動興奮状態及び昏迷の状態

☐ 興奮 ☒ 昏迷 ☐ 拒絶・拒食 ☐ 滅裂思考 ☐ 衝動行為 ☐ 自傷 ☐ 無動・無反応  
☐ その他 ( )

・統合失調症等残遺状態

☐ 自閉 ☐ 感情の平板化 ☐ 意欲の減退  
☐ その他 ( )

・意識障害・てんかん

☐ 意識混濁 ☐ (夜間)せん妄 ☐ もうろう ☐ 錯乱 ☐ てんかん発作 ☐ 不機嫌症  
☐ その他 ( )

・てんかん発作の状態

- 1 てんかん発作のタイプ ☒ 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  
☒ 意識障害の有無を問わず、転倒する発作  
☐ 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  
☒ 意識障害はないが、随意運動が失われる発作

2 てんかん発作の頻度 (年間 回、月平均 回、週平均 回 程度 )

3 その他特記事項等 ( )

・知能障害等

・知的障害 ☐ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 ☐ 最重度

・認知症 ☒ 軽度 ☐ 中等度 ☐ 重度 ☐ 最重度

・高次脳機能障害 ☐ 失行 ☐ 失認 ☐ 記憶障害 ☐ 注意障害 ☐ 遂行機能障害 ☐ 社会的行動障害

・学習障害 ☐ 読み ☐ 書き ☐ 計算 ☐ その他 ( )

☐ その他 ( )

・発達障害関連症状

☐ 相互的な社会関係の質的障害 ☐ 言語コミュニケーションの障害 ☐ 限定した常同的で反復的な関心と行動  
☐ その他 ( )

・人格変化

☐ 欠陥状態 ☐ 無関心 ☐ 無為  
☐ その他症状等 ( )

・乱用、依存等 (薬物等名: )

☐ 乱用 ☐ 依存

・その他 ( )

(注) 該当する項目のみチェックして下さい。本人の障害の程度及び状態に無関係な項目には記入する必要はありません。

(b) 上記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記入して下さい。

障害の持続時間、消長、誘因等につきましては必ず記入して下さい。

(c) 精神所見

昏迷状態

(d) 日常生活状況

1 家庭及び社会生活についての具体的な状況

(ア) 現在の生活環境

☒入院 ・ ☐入所 ・ ☐在宅 ・ ☐その他 ( )  
(施設名) 同居者の有無 ( ☐無 ・ ☐有 )

(イ) 全般的状況 (家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入して下さい。)

植物人間状態で日常生活は全介助の状態にある。

## 2 日常生活能力の判定

(判断にあたっては、単身で生活するとしたら可能かどうかで判断して下さい。)

### (1) 適切な食事

－配膳などの準備も含めて適量をバランスよく摂ることがほぼできるなど。

- ☐ できる
- ☐ 自発的にできるが時には助言や指導を必要とする
- ☐ 自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる
- ☒ 助言や指導をしてもできない若しくは行わない

### (2) 身の清潔保持

－洗面、洗髪、入浴等の身体の衛生保持や着替え等ができる。また、自室の清掃や片付けができるなど。

- ☐ できる
- ☐ 自発的にできるが時には助言や指導を必要とする
- ☐ 自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる
- ☒ 助言や指導をしてもできない若しくは行わない

### (3) 金銭管理と買い物

－金銭を独力で適切に管理し、やりくりがほぼできる。また、一人で買い物が可能であり、計画的な買い物がほぼできるなど。

- ☐ できる
- ☐ おおむねできるが時には助言や指導を必要とする
- ☐ 助言や指導があればできる
- ☒ 助言や指導をしてもできない若しくは行わない

### (4) 通院と服薬 ☐ 要 ☐ 不要

－定期的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝えることができるなど。

- ☐ できる
- ☐ おおむねできるが時には助言や指導を必要とする
- ☐ 助言や指導があればできる
- ☒ 助言や指導をしてもできない若しくは行わない

### (5) 他人との意思伝達及び対人関係

－他人の話を聞く、自分の意思を相手に伝える、集団的行動が行えるなど。

- ☐ できる
- ☐ おおむねできるが時には助言や指導を必要とする
- ☐ 助言や指導があればできる
- ☒ 助言や指導をしてもできない若しくは行わない

### (6) 身の安全保持及び危機対応

－事故等の危険から身を守る能力がある、通常と異なる事態となった時に他人に援助を求めるなどを含めて、適正に対応することができるなど。

- ☐ できる
- ☐ おおむねできるが時には助言や指導を必要とする
- ☐ 助言や指導があればできる
- ☒ 助言や指導をしてもできない若しくは行わない

### (7) 社会性

－銀行での金銭の出し入れや公共施設等の利用が一人で可能。また、社会生活に必要な手続きが行えるなど。

- ☐ できる
- ☐ おおむねできるが時には助言や指導を必要とする
- ☐ 助言や指導があればできる
- ☒ 助言や指導をしてもできない若しくは行わない

3 日常生活能力の程度（該当するもの一つにチェックして下さい。）

※日常生活能力の程度を記載する際には、状態をもっとも適切に記載できる（精神障害）又は（知的障害）のどちらかを使用して下さい。

（精神障害）

- ☐ 精神障害（病的体験・残遺症状・認知障害・性格変化等）を認めるが、社会生活は普通にできる。
- ☐ 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要である。  
（たとえば、日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難を生じることがある。社会行動や自発的な行動が適切にできないこともある。金銭管理はおおむねできる場合など。）
- ☐ 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。  
（たとえば、習慣化した外出は出来るが、家事をこなすために助言や指導を必要とする。社会的な対人交流は乏しく、自発的な行動に困難がある。金銭管理が困難な場合など。）
- ☐ 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。  
（たとえば、著しく適正を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少ない、あっても発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。金銭管理ができない場合など。）
- ☒ 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。  
（たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自発的にすることができない。また、在宅の場合に通院等の外出には、付き添いが必要な場合など。）

（知的障害）

- ☐ 知的障害を認めるが、社会生活は普通にできる。
- ☐ 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要である。  
（たとえば、簡単な漢字は読み書きができ、会話も意思の疎通が可能であるが、抽象的なことは難しい。身近生活も一人でできる程度。）
- ☐ 知的障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。  
（たとえば、ごく簡単な読み書きや計算はでき、助言などがあれば作業は可能である。具体的指示であれば理解ができ、身近生活についてもおおむね一人でできる程度。）
- ☐ 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。  
（たとえば、簡単な文字や数字は理解でき、保護的環境であれば単純作業は可能である。習慣化していることであれば言葉での指示を理解し、身近生活についても部分的にできる程度。）
- ☐ 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。  
（たとえば、文字や数の理解力がほとんどなく、簡単な手伝いもできない。言葉による意思の疎通がほとんど不可能であり、身近生活の処理も一人ではできない程度。）

(e) 身体所見（神経学的所見を含みます。）

起立	<input type="checkbox"/> 可能	・ <input type="checkbox"/> 介助があれば可能	・ <input checked="" type="checkbox"/> 不可能
歩行	<input type="checkbox"/> 可能	・ <input type="checkbox"/> 介助があれば可能	・ <input checked="" type="checkbox"/> 不可能
四肢の運動機能	<input type="checkbox"/> 自発運動可能	・ <input checked="" type="checkbox"/> 自発運動不可能	
深部腱反射	<input type="checkbox"/> 正常	・ <input checked="" type="checkbox"/> 亢進	・ <input type="checkbox"/> 低下
筋トーン	<input type="checkbox"/> 正常	・ <input checked="" type="checkbox"/> 亢進	・ <input type="checkbox"/> 低下

(f) 臨床検査（頭部CT、脳波、認知検査、心理テスト等（知的障害の場合には、知能指数又は精神年齢）を含みます。）

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のコピー等を添付して下さい。検査を実施していない場合は「なし」と記入して下さい。

脳波（平成30年11月10日） 平坦化している

(12) 本人歴		
(a) 発育・養育歴	(b) 教育歴	(c) 職歴
正常	高校卒	主婦

(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    (    本  
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：  
過去： 開始年齢 \_\_\_\_ 歳    中止年齢 \_\_\_\_ 歳    (種類：  
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：  
○○投与により希にショックが出現することが知られており、時間的關係より○○によるショックと考えた。

※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。

※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 2 年 2 月 1 日

病院又は診療所の名称

○○病院

診療担当科名

○ ○ 科

所在地

〒○○○-○○○○  
○○県○○市○○町○○○○

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 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。