

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 54 年 6 月 7 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	カルテ番号	95005
測定日	H28 年 12 月 30 日				
身長	165 cm	体重	58 kg		
			<input type="checkbox"/> 男 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 女		
(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)	中毒性表皮壊死症		(5) (4)の疾病について初めて診療した日(注)	<input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	28 年 12 月 30 日

(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		
○		○○○○ (××製薬)	250mg	750mg	経口	分3食後	H28.12.26	H28.12.28	急性上気道炎	A医院
○		◎◎◎◎ (△△製薬)	100mg	300mg	経口	分3食後	H28.12.26	H28.12.28	鎮痛・消炎	同上
※使用理由は、可能な限り具体的に記入してください。										
※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)	急性上気道炎	※(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 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 checked="" type="checkbox"/> 4.その他 (ネブライザー)	

* 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。
H28. 12. 26	A医院で急性上気道炎と診断され〇〇〇〇、◎◎◎◎を処方された。
	※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。)	
H28. 12. 28	顔面、四肢に発疹の出現を認め、発熱が続いていたため、B病院へ入院となった。ステロイド剤等により治療が開始されたが、発疹が全身に広がり、悪化傾向を辿ったため
H28. 12. 30	当院へ転送、入院となった。来院時体温38.6℃、脈拍104/分、血圧128/60mmHgほぼ全身にわたり潮紅、滲出性の紅斑がみられ、大小の水疱が多発していた。
	水疱はびらんを形成し、ニコルスキー現象陽性、眼球結膜充血、粘膜部びらん著明であったが、リンパ節腫脹は認められなかった。
	肺野では湿性ラ音が聴取され、胸部レ線像でも両肺野の浸潤影を認めた。
	中毒性表皮壊死融解症と診断され、ステロイド剤、輸液、酸素投与等全身管理を行ったが皮膚症状、発熱は続いた。
H29. 1. 中旬	発疹は消退傾向を示し全身状態は改善してきたが呼吸機能低下低酸素血症は遷延し、線状陰影を伴う胸部レ線所見からTENに伴う肺線維症と考えられた。
H29. 9. 4	退院し、酸素投与は中止されたが軽度の労作で呼吸困難が出現する状態で以後、呼吸器感染症によりH30年6月～10月まで入院。
H30. 12. 25	再度呼吸器感染症をおこし入院、この時点で慢性的な低酸素血症と肺性心の管理のため持続的酸素投与が必要と判断された。
	※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。 ※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。その他自覚症状(咳、痰、息切れなど)がありましたら、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。) ※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。

(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（注2）

検査項目	基準値範囲 (注1)	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	H28年 12月 30日	H29年 1月 25日	H30年 8月 28日	
1	PaO ₂	80 ~ 100	Torr	未	59	58	56
2	PaCO ₂	35 ~ 45	Torr	実	35	36	35
3	pH	7.35 ~ 7.45		施	—	—	—
4	~		※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。				
5	~			room air	room air	room air	
6	~						
7	~						
8	~						
9	※経過がわかるように発現時から障害の現況を測定された日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いても結構です。 ※PaO₂、PaCO₂等の動脈血ガス分析値の結果を酸素投与量を含めてご提示ください。SpO₂を測定されている場合には、その結果をご提示ください。						
10							
11							
12	~						

(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	R1年 10月 30日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
1	別	68.0					
2	紙	35.0					
3	参	7.4					
4	照						
5		O ₂ 2L 投与下					
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

(注1) 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2) 動脈血ガス分析は、酸素吸入量も記入して下さい。

(12) 画像検査(注1)

((4)の疾病に関連した画像検査(X線、CT、MRI、RI等)の画像を提示し、その所見等を記入して下さい。)

撮影日	検査名	読影所見等(注2)
R1年11月2日	胸部X線、胸部CT (プリント写真及び検査結果報告書を添付)	両側中下肺野に線状影及び輪状影を認めた。

(注1) 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。
 なお、画像検査等を実施していない場合には「なし」と記入して下さい。
 (注2) 読影所見は、検査結果報告書を添付していただいても結構です。
 (注3) 欄に記載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。

(13) 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 11月 15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) 身体計測 (測定日: R1年 11月 15日)

身長 165 cm 体重 56 kg

※障害の現況を測定された日の直近に身長、体重を測定されていたら、その結果を測定日とともにご記入ください。

(b) 臨床所見

咳	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 著明	肺性心所見	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
痰	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 著明	チアノーゼ	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
胸痛	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 著明	ばち状指	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
呼吸困難 安静時	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 著明	栄養状態	<input type="checkbox"/> 良	<input checked="" type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 不良
呼吸困難 体動時	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 著明	肺雑音	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 広範囲
喘鳴	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 著明	脈拍数	(<u>100回/分</u>)	

(c) 呼吸機能(注) 有 (測定日: R1年 11月 2日) 気管支拡張薬吸入 前 後
 無 未実施の理由を以下に記入して下さい。

肺活量実測値 (VC) 1660 mL
 予測肺活量 3010 mL (55.1 %肺活量)
 努力性肺活量 (FVC) 1600 mL
 1秒量 (FEV1) 900
 対標準1秒量 (%FEV1) 31.0
 努力性肺活量: Gaenslerの1秒率 (FEV1%) 56.3
 Tiffeneauの1秒率 (FEV1%) 54.2
 予測肺活量1秒率 29.9

※障害の現況を測定された日の直近に実施されました呼吸機能検査(肺活量、拡散能等)の結果を記入してください(検査結果報告書等の写しを添付し、測定日を記入していただいても結構です)。

**※Gaenslerの1秒率(FEV1%): FEV1/FVC
 Tiffeneauの1秒率(FEV1%): FEV1/VC**

(注) 呼吸機能は、検査結果報告書等のコピー等を添付していただいても結構です。

(d) 酸素吸入 有
無

在宅酸素吸入 開始日 H30 年 12 月 25 日
施行時間 _____ 時間/日 ・ 常時
酸素吸入量 2 L/分

在宅酸素吸入以外の方法による場合は、以下にその内容を記載して下さい。

※在宅酸素療法を導入されている場合には導入日及び障害の現況を測定された日前後の酸素吸入の状況(酸素流量、1日使用時間)についてご記入ください。

(e) 動脈血ガス分析(注) 有 (測定日 R1 年 11 月 2 日)
無 [未実施の理由を以下に記載して下さい。]

動脈血酸素分圧 62.0 Torr
動脈血炭酸ガス分圧 38.0 Torr
動脈血pH 7.404
酸素吸入量 2 L/分 ・ 室内気

(f) 活動能力(呼吸不全)の程度

- 同年齢の健康人と同様に歩行、階段の昇降ができる。
- 階段を人並みの速さで登れないが、ゆっくりなら登れる。
- 階段をゆっくりでも登れないが、途中休み休みなら登れる。
- 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。
- ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。
- 息苦しくて身のまわりのこともできない。

(14) 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ではできるが、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。

(15) 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。)

酸素を吸入しながら多少の歩行は可能であるが、
労作時は著しい低酸素血症となっているため、
屋内での移動すら自力では困難な状況である。

食事摂取、排泄は自力で可能だが、移動には介助を
要している。

(注) 動脈血ガス分析は、検査結果報告書等のコピー等を添付していただいても結構です。

(16) 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。]

・特記すべき体質 無 ・ 不明 ・ 有

[

・喫煙

現在： 無 ・ 不明 ・ 有 ()
過去： 開始年齢 ___ 歳 中止年齢 ___ 歳 ()
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。
※特にアレルギー疾患や自己免疫性疾患については現在の状態を含めて詳しく記入してください。

・飲酒

現在： 無 ・ 不明 ・ 有 (種類： ビール)
過去： 開始年齢 ___ 歳 中止年齢 ___ 歳 (種類：)
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。

・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(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 11 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 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。