

診 断 書

国民年金  
厚生年金保険  
船員保険

呼

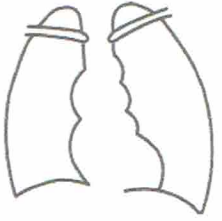
(フリガナ) 氏 名		昭和 平成 令和 年 月 日生 ( 歳 )		男 ・ 女	
住 所		住所地の郵便番号		郡 市 区 町 区 村	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		昭和 平成 令和 年 月 日	
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 平成 令和 年 月 日	
④ 傷病の原因又は誘因		初診年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)		⑤ 既存障害	
				⑥ 既往症	
⑦ 傷病が治った (症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうかが		傷病が治っている場合……………治った日		平成 令和 年 月 日	
		傷病が治っていない場合……………症状のよくなる見込		有 ・ 無 ・ 不明	
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項 (抗結核化学療法を行った場合は、使用薬剤名及び使用期間を明記してください。)		診療回数		年間 回、月平均 回	
		手術歴		手術名 ( ) 手術年月日 ( 年 月 日)	
障 害 の 状 態					
⑩ 共通項目 (この欄は、必ず記入してください。)					
1 身体計測 (平成・令和 年 月 日)			3 一般状態区分表 (平成・令和 年 月 日)		
身長 cm : 体重 kg			(該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)		
2 胸部X線所見 (A)			ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえるもの		
(A 図)			イ 軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例えば、軽い家事、事務など		
(1) 胸膜癒着 なし・軽・中・高			ウ 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り、軽労働はできないが、日中の50%以上は起居しているもの		
(2) 気腫化 なし・軽・中・高			エ 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%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの		
(3) 線維化 なし・軽・中・高			オ 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベット周辺に限られるもの		
(4) 不透明肺 なし・軽・中・高					
(5) 胸郭変形 なし・軽・中・高					
(6) 心縦隔の変形 なし・軽・中・高					
(7) 蜂巣肺 なし・軽・中・高					
撮影年月日 (平成・令和 年 月 日)					
4 臨床所見 (平成・令和 年 月 日現症)			6 換気機能 (平成・令和 年 月 日)		
(1) 自覚症状			(1) 肺活量実測値 (VC) ml		
咳 (無・有・著)			(2) 予測肺活量 ml ( %肺活量)		
痰 (無・有・著)			(3) 努力性肺活量 (FVC) ml		
胸痛 (無・有・著)			(4) 1 秒 量 (FEV1.0)		
呼吸困難			(5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) (4)/(3)×100		
安静時 (無・有・著)			(6) 予測肺活量1秒率 (4)/(2)×100		
体動時 (無・有・著)					
喘鳴 (無・有・著)					
(2) 他覚所見			7 動脈血ガス分析 (平成・令和 年 月 日)		
肺性心所見 (無・有)			(1) 酸素吸入を 施行している ・ 施行していない		
チアノーゼ (無・有)			在宅酸素吸入ではない		
ばち状指 (無・有)			(どの様な方法ですか )		
栄養状態 (良・中・不良)			在宅酸素吸入である		
ラ音 (有・一部・広範囲)			平成・令和 年 月 日開始		
脈拍数 ( )			施行時間 ( 時間/日・常時 )		
			酸素吸入量 l/分		
5 活動能力(呼吸不全)の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)			(2) 動脈血ガス分析値		
i 同年齢の健康人と同様に歩行、階段の昇降ができる。			① 動脈血酸素分圧 ・ ( ) Torr		
ii ア 階段を人並みの速さで登れないが、ゆっくりなら登れる。			② 動脈血炭酸ガス分圧 ・ ( ) Torr		
イ 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。			③ 動脈血 ph		
ウ 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。			(注) 酸素吸入中の場合は、検査値を ( ) に記入してください。		
エ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。					
オ 息苦しくて身のまわりのこともできない。					
8 その他の所見					

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

⑪ 肺結核症 (平成・令和 年 月 日現症)

<p>1 胸部 X 線 所見 (B)</p> <p>初診時 (昭和・平成・令和 年 月 日)</p> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;">                 前頁の A 図の X 線所見の日本結核病学会分類を記入してください             </div> <div style="text-align: center;">↓</div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">病側</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">左</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">左</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>日本結核病学会分類</td> <td>病巣の拡がり</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>病型</td> <td></td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> </tr> </table>		病側		右	左		右	左			日本結核病学会分類	病巣の拡がり		1	2	3	1	2	3			病型		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	<p>2 結核菌検査成績</p> <p>(現在陰性のときはその旨と最終陽性時期を併記してください。)</p> <p>検査材料 (たん、喉頭粘液、気管支洗滌液、胃液、穿刺液)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">塗抹</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">培養</td> </tr> <tr> <td>昭和・平成・令和</td> <td>年</td> <td>月</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-+</td> <td>(ガフキー</td> <td>号)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>-+</td> <td>(</td> <td>コロニー)</td> </tr> </table> <p>昭和・平成・令和 年 月 日 -+ (ガフキー 号) ; -+ (コロニー)</p> <p>昭和・平成・令和 年 月 日 -+ (ガフキー 号) ; -+ (コロニー)</p> <p>3 安静度</p> <p>(結核の治療指針の安静度表によって記入してください。)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>1度</td> <td>2度</td> <td>3度</td> <td>4度</td> <td>5度</td> <td>6度</td> <td>7度</td> <td>8度</td> <td>無制限</td> </tr> </table> <p>4 その他の所見</p> <p>(結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無)</p>		塗抹		培養	昭和・平成・令和	年	月	日		-+	(ガフキー	号)		-+	(	コロニー)	1度	2度	3度	4度	5度	6度	7度	8度	無制限
	病側		右	左		右	左																																																				
日本結核病学会分類	病巣の拡がり		1	2	3	1	2	3																																																			
	病型		I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V																																															
	塗抹		培養																																																								
昭和・平成・令和	年	月	日																																																								
	-+	(ガフキー	号)																																																								
	-+	(	コロニー)																																																								
1度	2度	3度	4度	5度	6度	7度	8度	無制限																																																			

⑫ じん肺 (平成・令和 年 月 日現症)

1 じん肺法 X 線写真区分 ( 1 2 3 4 )

2 じん肺管理区分 ( 1 2 3 イ・ロ 4 )

⑬ 気管支喘息 (平成・令和 年 月 日現症)

<p>1 時間の経過と症状</p> <p>(1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。</p> <p>(2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。</p>	<p>2 ピークフロー値 (PEFR)</p> <p>最近 (1ヶ月程度の期間) の</p> <p>最高値 _____ l/分, 最低値 _____ l/分, 平均約 _____ l/分</p> <p>(但し慢性安定期であることを前提とし、発作時の成績は除く)</p>	
<p>3 発作の強度</p> <p>(1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難</p> <p>(2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい</p> <p>(3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通</p> <p>(4) その他 ① 喘鳴のみ ② 急ぐと苦しい ③ 急いでも苦しくない</p>	<p>4 発作の頻度</p> <p>(1) 1週に 5日以上</p> <p>(2) 1週に 3 ~ 4日</p> <p>(3) 1週に 1 ~ 2日</p> <p>(4) その他</p>	<p>6 治療</p> <p>治療で使用している薬剤に○印をつけてください。</p> <p>① 吸入ステロイド薬 (有・無): 使用量 (低用量・中用量・高用量)</p> <p>② その他の薬剤 (併用している)</p> <p>・長時間作用性β<sub>2</sub>刺激薬 ・ロイコトリエン受容体拮抗薬 ・テオフィリン徐放製剤</p> <p>・抗IgE抗体 ・経口ステロイド薬 ・その他 ( )</p> <p>薬剤投与の方法</p> <p>(1) プレドニゾロンを1日に10mg相当以上を連用している。</p> <p>(2) プレドニゾロンを1日に5mg相当以上と吸入ステロイドを600μg以上を連用している。</p> <p>(3) ステロイド薬を経口又は注射で、月1回以上投与している。(月平均 回)</p> <p>(4) 吸入ステロイドを1日400μg以上を連用している。</p> <p>(5) 発作時のみ経口ステロイドを併用する。</p> <p>(6) 気管支拡張薬のみでコントロールしている。</p>
<p>5 入院・救急室受診歴</p> <p>(1) 入院歴 有・無</p> <p>(過去2年間に喘息のために入院した場合は、その期間を記入)</p> <p>(2) 救急室受診歴 有・無</p> <p>(6ヶ月以内に受診した場合は、記入)</p>	<p>7 喫煙歴</p> <p>吸ったことがない</p> <p>やめた: 1日 ( ) 本 × ( ) 年間</p> <p>吸う: 1日 ( ) 本 × ( ) 年間</p>	

⑭ その他の障害又は症状の所見等

(平成・令和 年 月 日現症)

⑮ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力

(必ず記入して下さい)

⑯ 予 後

(必ず記入して下さい)

⑰ 備 考

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所 在 地

診療担当科名

医師氏名

印