

(フリガナ) 氏 名		生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日生( 歳)		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住 所		住所地の郵便番号		都道府県		郡市区			
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		<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て ( 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		<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て ( 年 月 日)			
④ 傷病の原因又は誘因		初診年月日( <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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。		傷病が治っている場合		治った日		<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 確認・ <input type="checkbox"/> 推定	
		傷病が治っていない場合		症状のよくなる見込		<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和							
⑨ 現在までの治療の内容、反応、期間、経過、その他の参考となる事項		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)			
⑩ 現在の症状、その他参考となる事項									
⑪ 計測		身長		体重		握力		視力	
<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		cm		kg 健康時 kg		右 左 kg		右眼 裸眼 左眼 裸眼	
測 定		視野		調節機能		聴力レベル		最良語音明瞭度	
						右耳 左耳 dB		% 最大 mmHg % 最小 mmHg	
⑫ 一般状態区分表 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ) (該当するものを選んでどれか一つにチェックをしてください。)									
<input type="checkbox"/> 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									
<input type="checkbox"/> イ 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが歩行、軽労働や座業はできるもの 例え、軽い家事、事務など									
<input type="checkbox"/> 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									
<input type="checkbox"/> エ 身のまわりのある程度はできるが、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									
<input type="checkbox"/> 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ド周辺に限られるもの									
<b>障 害 の 状 態</b>									
⑬ 血液・造血器 ( <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 現症)									
1 臨床所見									
(1) 自覚症状			(3) 検査成績			イ 凝固系検査 ( <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			
易疲労感 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )			ア 末梢血液検査 ( <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			※イの欄は、最も適切に病状が把握できる検査数値及びその日付を記入してください。			
動悸 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )			※アの欄は、治療を行う前の日付、検査数値を記入してください。			ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL			
息切れ ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )			血小板 ( ) 万/μL			凝固因子活性 (第 因子) %			
発熱 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )			網赤血球 ( ) 万/μL			vWF活性 ( ) %			
紫斑 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )			白血球 ( ) /μL			インヒビター ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 )			
月経過多 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )			好中球 ( ) /μL			A P T T ( ) 秒 (基準値 秒)			
関節症状 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )			リンパ球 ( ) /μL			P T ( ) 秒 (基準値 秒)			
(2) 他覚所見			病的細胞 ( ) %			ウ その他の検査			
易感染性 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )						画像検査(検査名 ) ( <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 )			
リンパ節腫脹 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )						所見 ( )			
出血傾向 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )						他の検査(検査名 ) ( <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 )			
血栓傾向 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )						所見 ( )			
肝腫 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )									
脾腫 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )									
2 治療状況					3 その他の所見				
赤血球輸血 (月 回) 血小板輸血 (月 回)									
補充療法 (月 回) 新鮮凍結血漿 (月 回)									
造血幹細胞移植 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ) 有の場合( 年 月 日)									
慢性GVHD ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ) 有の場合( <input type="checkbox"/> 軽症・ <input type="checkbox"/> 中等症・ <input type="checkbox"/> 重症)									
所見									

診療録で確認または本人の申立てのどちらかにチェックをして、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。

