

(フリガナ) 氏 名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	郡市区	町区 村	
① 障害の原因 となった 傷 病 名		② 傷病の発生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)
④ 傷病の原因 又は誘因		③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	診療録で確認 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
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・ <input type="checkbox"/> 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 (<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)			3 一般状態区分表 (<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 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つにチェックをしてください。)		
2 胸部X線所見 (A)			<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		
(A 図)			<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		
(1) 胸膜癒着 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高			<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		
(2) 気腫化 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高			<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高			<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		
(4) 不透明肺 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高					
(5) 胸郭変形 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高					
(6) 心縦隔の変形 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高					
(7) 蜂巣肺 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高					
撮影年月日 (<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)					
4 臨床所見 (<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日現症)			6 換気機能 (<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)		
(1) 自覚症状			(1) 肺活量実測値 (VC) ml		
(2) 他覚所見			(2) 予測肺活量 ml (%肺活量)		
咳 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)			(3) 努力性肺活量 (FVC) ml		
痰 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)			(4) 1 秒 量 (FEV1.0)		
胸痛 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)			(5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) (4)/(3)×100		
呼吸困難			(6) 予測肺活量1秒率 (4)/(2)×100		
安静時 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)					
体動時 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)					
喘鳴 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著)					
肺性心所見 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)					
チアノーゼ (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)					
ばち状指 (<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)					
栄養状態 (<input type="checkbox"/> 良・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 不良)					
ラ音 (<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 一部・ <input type="checkbox"/> 広範囲)					
脈拍数 ()					
5 活動能力(呼吸不全)の程度 (該当するものを1つ選んでチェックをしてください。)			7 動脈血ガス分析 (<input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日)		
<input type="checkbox"/> i 同年齢の健康人と同様に歩行、階段の昇降ができる。			(1) 酸素吸入を <input type="checkbox"/> 施行している ・ <input type="checkbox"/> 施行していない		
<input type="checkbox"/> ii <input type="checkbox"/> 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。			<input type="checkbox"/> 在宅酸素吸入ではない (どの様な方法ですか)		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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。			<input type="checkbox"/> 在宅酸素吸入である <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日開始 施行時間 (時間/日 ・ <input type="checkbox"/> 常時) 酸素吸入量 ℓ/分		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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。					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> エ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。					
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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			(2) 動脈血ガス分析値 ① 動脈血酸素分圧 () Torr ② 動脈血炭酸ガス分圧 () Torr ③ 動脈血 ph (注) 酸素吸入中の場合は、検査値を () に記入してください。		

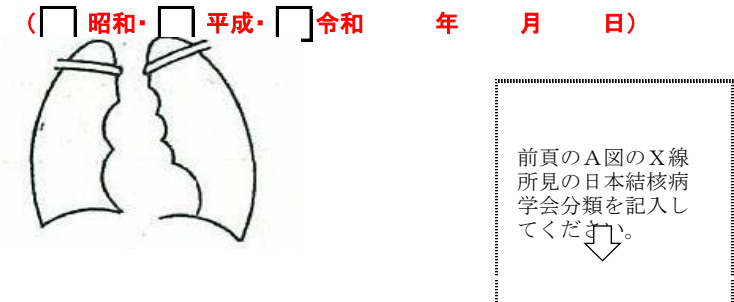
「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを選択し、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

（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)

1 胸部 X 線所見 (B)
初診時 (昭和・ 平成・ 令和 年 月 日)



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。

日本結核病学会分類

病側	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 両
病巣の拡がり	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
病型	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III
	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V		<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> V	

2 結核菌検査成績
(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。)
検査材料 (たん、 喉頭粘液、 気管支洗滌液、 胃液、 穿刺液)

<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> +	(ガフキー 号);	<input type="checkbox"/> +	(コロニー)
<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> -	
<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="checkbox"/> +	(ガフキー 号);	<input type="checkbox"/> +	(コロニー)
<input type="checkbox"/> 平成				<input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> -	
<input type="checkbox"/> 令和							

3 安静度
(結核の治療指針の安静度表によって記入してください。)

1度 2度 3度 4度 5度 6度 7度 8度 無制限

4 その他の所見
(結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無)

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)

1 時間の経過と症状
 (1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。
 (2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。

2 ピークフロー値 (P E F R)
最近 (1 ヶ月程度期間) の
最高値 _____ ℓ/分 , 最低値 _____ ℓ/分 , 平均約 _____ ℓ/分
(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)

3 発作の強度
 (1) 大発作 : 苦しくて動けなく、会話も困難
 (2) 中発作 : 苦しくて横になれなく、会話も苦しい
 (3) 小発作 : 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通
 (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

4 発作の頻度
 (1) 1週に 5日以上
 (2) 1週に 3～4日
 (3) 1週に 1～2日
 (4) その他

5 入院・救急室受診歴
(1) 入院歴 有・ 無
(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)

(2) 救急室受診歴 有・ 無
(6ヶ月以内に受診した場合は、記入)

6 治療
治療で使用している薬剤にチェックをしてください。
① 吸入ステロイド薬 (有・ 無)
使用量 (低用量・ 中用量・ 高用量)
② その他の薬剤 (併用している)
 長時間作用性β2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 抗IgE抗体 経口ステロイド薬
その他 (_____)

薬剤投与方法
 (1) プレドニゾロンを1日に10mg相当以上を連用している。
 (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。
 (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)
 (4) 吸入ステロイドを1日400μg以上連用している。
 (5) 発作時のみ経口ステロイドを併用する。
 (6) 気管支拡張薬のみでコントロールしている。

7 喫煙歴
 吸ったことがない
 やめた : 1日 (_____)本×(_____)年間
 吸う : 1日 (_____)本×(_____)年間

⑭ その他の障害又は症状の所見等
(平成 年 月 日現症)

⑮ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力
(必ず記入してください。)

⑯ 予 考
(必ず記入してください。)

⑰ 備 考

上記症状が障害基礎年金1級の状態に 該当する ・ 該当しない
将来再認定年月 年 月 日

上記の通り診断します。

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