

5. 障害基礎年金

(1) 診断書用紙(血液・造血器その他の障害用) 様式第120号の7

(表)

国民年金 厚生年金保険 船員保険		診 断 書 (血液・造血器 その他の障害)		様式第120号の7
氏 名		昭和 年 月 日生(歳)		男・女
住 所		住所地の郵便番号	市区町村	
① 障害の原因 となった 傷病名		② 傷病の発生年月日		昭和 年 月 日 <small>診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)</small>
		③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日		昭和 年 月 日 <small>診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)</small>
④ 傷病の原因 又は誘因		初診年月日(昭和・平成 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 平成 年 月 日		確 認 番 定
		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 年 月 日)				
⑨ 現在までの治療の内 容、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
		手術名()	手術年月(年 月 日)	ID
⑩ 現在の症状、その他 参考となる事項				
⑪ 計 測 (平成 年 月 日) 変	身長	cm	体重	kg
	現在	kg	握力	kg
	視力		右眼	裸眼
	調節機能		左眼	裸眼
	聴力レベル	右耳	dB	%
	最終語言明瞭度	左耳	dB	%
	最大	mmHg	最小	mmHg
障 害 の 状 態				
⑫ 一 般 状 態 区 分 表 (平成 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)				
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				
イ 軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが歩行、軽労働や作業はできるもの 例: 軽い家事、事務など				
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				
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				
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				
⑬ 血液・造血器 (平成 年 月 日現在)				
1 臨床所見		2 血液検査成績 (平成 年 月 日)		
(7) 自覚症状		(7) 末梢血液		
疲 勞 感	(無・有・著)	赤 血 球	$\times 10^4/\mu l$	(7) 骨 髄
動 悸	(無・有・著)	ヘモグロビン濃度	g/dl	有 核 細 胞
息 切 れ	(無・有・著)	ヘマトクリット	%	巨 核 球
発 熱	(無・有・著)	白 血 球	μl	赤 芽 球
関 節 症 状	(無・有・著)	顆 粒 球	%	顆 粒 球
易 感 染 性	(無・有・著)	単 球	%	リンパ球
(7) 他 覚 所 見		リンパ球	%	病的細胞
リンパ節腫脹	(無・有・著)	血 小 板	$\times 10^4/\mu l$	顆粒球(G)と赤芽球(E)との比(G/E)
出血傾向	(無・有・著)	網赤血球数	%	(9) 出血傾向 (法) 分
紫 紺 斑	(無・有・著)	血清総蛋白	g/dl	出 血 時 間 (法) 秒
肝 腫 脹	(無・有・著)			A P T T (基準値)
脾 腫 脹	(無・有・著)			
3 輸血の回数及び総量	回 計 ml (平成 年 月 日～平成 年 月 日)	(8) その他	CRP 検査値	LDH 施設基準値 検査値
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量	回 計 ml (平成 年 月 日～平成 年 月 日)	6 その他の所見		
5 骨髄移植	無・有 (平成 年 月 日) 経過 ()			

(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。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

⑭その他の障害 (平成 年 月 日現症)

1. 症 状		2. 検 査 成 績																																																									
(1) 自覚症状		(1) 血液・生化学検査 <table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>単 位</th> <th>施設基準値</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>赤血球数</td> <td>万/μl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン濃度</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td> <td>%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		検査項目	単 位	施設基準値	・	・	・	・	赤血球数	万/μl						ヘモグロビン濃度	g/dl						ヘマトクリット	%						血清総蛋白	g/dl						血清アルブミン	g/dl																			
検査項目	単 位	施設基準値	・	・	・	・																																																					
赤血球数	万/μl																																																										
ヘモグロビン濃度	g/dl																																																										
ヘマトクリット	%																																																										
血清総蛋白	g/dl																																																										
血清アルブミン	g/dl																																																										
(2) 他覚所見		(2) その他の検査成績																																																									
3. 人工臓器等																																																											
(1) 人工肛門造設 無・有		(4) 自己導尿の常時施行 無・有																																																									
造設年月日：平成 年 月 日		開始年月日：平成 年 月 日																																																									
閉鎖年月日：平成 年 月 日		終了年月日：平成 年 月 日																																																									
(2) 尿路変更術 無・有		(5) 完全尿失禁状態 無・有(カテーテル留置)																																																									
造設年月日：平成 年 月 日		平成 年 月 日																																																									
閉鎖年月日：平成 年 月 日																																																											
(3) 新膀胱造設 無・有		(6) その他の手術 無・有 ()																																																									
手術年月日：平成 年 月 日		平成 年 月 日																																																									
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。 平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印