



診断書

(呼吸器疾患の障害用)

(フリガナ) 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	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 傷病の原因または誘因		初診年月日( <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 推定		
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)						
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)			
<b>障 害 の 状 態</b>						
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 年 月 日)		3 一般状態区分表 (平成 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 例えば、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		6 換気機能 (平成 年 月 日)				
(5) 胸郭変形 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高		(1) 肺活量実測値 (VC) ml				
(6) 心縦隔の変形 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高		(2) 予測肺活量 ml ( %肺活量)				
(7) 蜂巣肺 <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> 軽・ <input type="checkbox"/> 中・ <input type="checkbox"/> 高		(3) 努力性肺活量 (FVC) ml				
撮影年月日 (平成 年 月 日)		(4) 1秒量 (FEV1.0)				
4 臨床所見 (平成 年 月 日現症)		(5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) (4)/(3) × 100				
(1) 自覚症状		(6) 予測肺活量1秒率 (4)/(2) × 100				
(2) 他覚所見		7 動脈血ガス分析 (平成 年 月 日)				
咳 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )		(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				
痰 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )		<input type="checkbox"/> 在宅酸素吸入ではない				
胸痛 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )		(どの様な方法ですか )				
呼吸困難		<input type="checkbox"/> 在宅酸素吸入である				
安静時 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )		平成 年 月 日開始				
体動時 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )		施行時間 ( 時間/日 ・ <input type="checkbox"/> 常時 )				
喘鳴 ( <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 著 )		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1つ選んでチェックをしてください。)		(2) 動脈血ガス分析値				
<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 動脈血酸素分圧 ・ ( ) Torr				
<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。		② 動脈血炭酸ガス分圧 ・ ( ) Torr				
<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。		③ 動脈血 pH				
<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。		(注) 酸素吸入中の場合は、検査値を ( ) に記入してください。				
<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						

「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) 障害の状態は、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。)



## 記入上の注意

- この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。  
〔 また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕
- ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。
- 「障害の状態」の欄は、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。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- この診断書の外に、**胸部X線フィルムを添えてください。**
- 喘息治療に使用している吸入ステロイド薬の使用量は、「喘息予防・管理ガイドライン 2009（JGL2009）」の各吸入ステロイド薬の治療ステップ別推奨量を参考として記入してください。

### <参考>

薬 剤 名	低 用 量	中 用 量	高 用 量
BDP-HFA	100 ～ 200 $\mu$ g/日	200 ～ 400 $\mu$ g/日	400 ～ 800 $\mu$ g/日
FP-HFA	100 ～ 200 $\mu$ g/日	200 ～ 400 $\mu$ g/日	400 ～ 800 $\mu$ g/日
CIC-HFA	100 ～ 200 $\mu$ g/日	200 ～ 400 $\mu$ g/日	400 ～ 800 $\mu$ g/日
FP-DPI	100 ～ 200 $\mu$ g/日	200 ～ 400 $\mu$ g/日	400 ～ 800 $\mu$ g/日
BUD-DPI	200 ～ 400 $\mu$ g/日	400 ～ 800 $\mu$ g/日	800 ～ 1,600 $\mu$ g/日
MF-DPI	100 ～ 200 $\mu$ g/日	200 ～ 400 $\mu$ g/日	400 ～ 800 $\mu$ g/日