

診断書 (血液・造血器の障害)

(他)

氏名 (フリガナ)		昭和 年 月 日生 (歳)		男 ・ 女	
住所		所在地の郵便番号		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 年 月 日 診療録で確認 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 年 月 日 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(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		確認推定	
		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 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 cm		体重 kg	
[平成 年 月 日] 測定		現在 kg		健康時 kg	
		握力		右 kg 左 kg	
		視力		右眼 裸眼 矯正 左眼 裸眼 矯正	
		聴力レベル		最良音音明瞭度	
		右耳 dB		%	
		左耳 dB		%	
		最大 mmHg		最小 mmHg	
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					
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					
障 害 の 状 態					
⑬ 血液・造血器 (平成 年 月 日現症)					
1 臨床所見		2 血液検査成績 (平成 年 月 日)			
(ア) 自覚症状		(ア) 末梢血液		(イ) 骨 髄	
疲労感 (無・有・著)		赤血球 ×万/μl		有核細胞 ×万/μl	
動悸 (無・有・著)		ヘモグロビン濃度 g/dl		巨核球 /μl	
息切れ (無・有・著)		ヘマトクリット %		赤芽球 %	
発熱 (無・有・著)		白血球 /μl		顆粒球 %	
関節症状 (無・有・著)		顆粒球 /μl		リンパ球 %	
易感染性 (無・有・著)		単球 %		病的細胞 %	
(イ) 他覚所見		リンパ球 /μl		顆粒球(G)と赤芽球(E)との比(G/E)	
リンパ節腫脹 (無・有・著)		病的細胞 %		(ウ) 出血傾向	
出血傾向 (無・有・著)		血小板 ×万/μl		出血時間 (法) 分	
紫斑 (無・有・著)		網赤血球数 %		A P T T (基準値 秒) 秒	
肝腫 (無・有・著)		血清総蛋白 g/dl			
脾腫 (無・有・著)					
3 輸血の回数及び総量		(エ) その他			
回数 計 ml		CRP 検査値		LDH 施設基準値 検査値	
(平成 年 月 日~平成 年 月 日)					
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量		6 その他の所見			
回数 計 ml					
(平成 年 月 日~平成 年 月 日)					
5 造血幹細胞移植					
無・有 (平成 年 月 日)					
経過 ()					

「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。

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 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)

1. 検査成績

検査項目	検査日	単位	・	・	・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数		/μℓ				

(現症日以前の4週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近2回の検査結果を記入し、一番右の欄にはその平均値を記入してください。)

検査項目	検査日	単位	・	・	・
白血球数		/μℓ			
ヘモグロビン量		g/dℓ			
血小板数		万/μℓ			
HIV-RNA量		コピ-/ml			

(現症日以前の4週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近2回の検査結果を記入してください。)

2. 身体症状等

① 1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月に7日以上ある (有・無)

② 病態の進行のため、健常時に比し10%以上の体重減少がある (有・無)

③ 月に7日以上不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く (有・無)

④ 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある (有・無)

⑤ 1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある (有・無)

⑥ 動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する (有・無)

⑦ 抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある (有・無)

(①～⑥の症状を除く)(抗HIV療法を実施している場合) (有・無)

⑧ 生鮮食品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である (有・無)

⑨ 1年以内に口腔内カンジダ症、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症、伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある (有・無)

⑩ 医学的理由により抗HIV療法ができない状態である (はい・いいえ)

3. 現在持続している副作用の状況

代謝異常 リポアトロフィー 肝障害 腎障害 精神障害 神経障害

その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)

4. エイズ発症の既往の有無

有・無

5. 回復不能なエイズ合併症のため介助なくしては日常生活がほとんど不可能な状態である

はい・いいえ

6. 肝炎の状況 (薬剤性 ・ B型 ・ C型 ・ その他 ()) (肝炎を発症している場合は必ず記載してください。)

(1) 検査所見

検査項目	検査日	単位	・	・	・
血清アルブミン		g/dℓ			
AST (GOT)					
ALT (GPT)					
プロトロンビン時間		%			
		延長秒			
総ビリルビン(※)		mg/dℓ			

(2) 臨床所見

食道静脈瘤 無・有 (内視鏡による、X線造影による、その他())

肝硬変 無・有 (代償性、非代償性)

肝細胞癌 無・有

肝性脳症 無・有 (1年以内に発症したことがある)

腹水 無・有 (著)

消化管出血 無・有 (1年以内に発症したことがある)

(※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用 無・有)

⑮ その他の障害 (平成 年 月 日現症)

1. 症状

(1) 自覚症状

(2) 他覚所見

2. 検査成績

(1) 血液・生化学検査

検査項目	検査日	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) その他の検査成績

3. 人工臓器等

(1) 人工肛門造設 無・有 造設年月日:平成 年 月 日 閉鎖年月日:平成 年 月 日

(2) 尿路変更術 無・有 造設年月日:平成 年 月 日 閉鎖年月日:平成 年 月 日

(3) 新膀胱造設 無・有 手術年月日:平成 年 月 日

(4) 自己導尿の常時施行 無・有 開始年月日:平成 年 月 日 終了年月日:平成 年 月 日

(5) 完全尿失禁状態 無・有 (カテーテル留置:平成 年 月 日)

(6) その他の手術 無・有 () 平成 年 月 日

⑯ 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)

⑰ 予 後 (必ず記入して下さい)

⑱ 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