

他

国民年金 断書 (血液・造血器他の障害用)

様式第120号の7

Main form containing personal information, medical history, and clinical findings sections.

Vertical text on the left side: (お願い) 臨床所見等は、診察録に基づいてわかる範囲で記入してください。

Vertical text on the top right side: 「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。

Vertical text on the bottom right side: (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・令和 年 月 日 現症)

1 検査成績					2 身体症状等						
検査項目	検査日	単位	.	.	.	.	.	.	平均値	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)
CD4陽性Tリンパ球数		/ μ L								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)
(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。)										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)
検査項目	検査日	単位	.	.	.	.	.	.		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)
白血球数		/ μ L								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)
ヘモグロビン量		g/dL								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)
血小板数		万/ μ L								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)
HIV-RNA量		コピー/mL								(①~⑥の症状を除く)(抗HIV療法を実施している場合)	(有・無)
(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。)										⑧ 生鮮食料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					4 エイズ発症の既往の有無		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	
<input type="checkbox"/> 代謝異常 <input type="checkbox"/> リポアτροφイー <input type="checkbox"/> 肝障害 <input type="checkbox"/> 腎障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 神経障害 <input type="checkbox"/> その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)					有・無		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				(2) 臨床所見			
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					

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・令和 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						
					検査項目	検査日	単位	施設基準値	.	.	.
					赤血球数		万/ μ L				
					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						
(2) 他覚所見											

3 人工臓器等

(1) 人工肛門造設	無・有	造設年月日:平成・令和 年 月 日	(4) 自己導尿の常時施行	無・有	開始年月日:平成・令和 年 月 日
(2) 尿路変更術	無・有	閉鎖年月日:平成・令和 年 月 日	(5) 完全尿失禁状態	無・有	終了年月日:平成・令和 年 月 日
(3) 新膀胱造設	無・有	造設年月日:平成・令和 年 月 日	(6) その他の手術	無・有	(カテーテル留置:平成・令和 年 月 日)
		閉鎖年月日:平成・令和 年 月 日			()平成・令和 年 月 日
		手術年月日:平成・令和 年 月 日			

⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください)	
⑰ 予後 (必ず記入してください)	
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。 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

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

記入上の注意

- 1 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に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。 〕

- 2 診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めております。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと思われる場合に使用してください。

様式第120号の1	眼の障害用
様式第120号の2	聴覚・鼻腔機能・平衡機能、そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能の障害用
様式第120号の3	肢体の障害用
様式第120号の4	精神の障害用
様式第120号の5	呼吸器疾患の障害用
様式第120号の6－(1)	循環器疾患の障害用
様式第120号の6－(2)	腎疾患・肝疾患、糖尿病の障害用

- 3 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。
- 4 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。
- 5 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) 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がありません。(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。
 - (2) ⑮の1欄は、なるべく具体的に記入してください。
 - (3) ⑮の2欄は、血液・生化学検査値のうち、病状を適切に表していると思われるものを記入してください。