

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(聴覚、鼻腔機能、平衡機能、そしゃく、嚥下機能、言語機能の障害用) (2/2)

<p>(5) 音声又は言語機能の障害</p> <p>ア 会話による意思疎通の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で開んでください。)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <p>1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。</p> </td> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <p>3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。</p> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <p>2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるもの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。</p> </td> <td style="padding: 2px;"> <p>4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。</p> </td> </tr> </table>		<p>1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。</p>	<p>3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。</p>	<p>2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるもの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。</p>	<p>4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。</p>																						
<p>1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。</p>	<p>3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。</p>																										
<p>2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるもの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。</p>	<p>4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。</p>																										
<p>イ 発音不能な語音 (構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <p>Ⅰ 4種の語音 (該当するもの1つを○で開んでください。)</p> <p>口唇音 (ま行音、ば行音、ぱ行音等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> <p>歯音、歯茎音 (さ行音、た行音、ち行音等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> <p>歯茎硬口蓋音 (しゃ、ちゃ、じゃ等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> <p>軟口蓋音 (か行音、が行音等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> </td> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <p>Ⅱ 発音に関する検査結果 (語音発音明瞭度検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> </td> </tr> </table>		<p>Ⅰ 4種の語音 (該当するもの1つを○で開んでください。)</p> <p>口唇音 (ま行音、ば行音、ぱ行音等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> <p>歯音、歯茎音 (さ行音、た行音、ち行音等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> <p>歯茎硬口蓋音 (しゃ、ちゃ、じゃ等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> <p>軟口蓋音 (か行音、が行音等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table>	1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	<p>Ⅱ 発音に関する検査結果 (語音発音明瞭度検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>												
<p>Ⅰ 4種の語音 (該当するもの1つを○で開んでください。)</p> <p>口唇音 (ま行音、ば行音、ぱ行音等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> <p>歯音、歯茎音 (さ行音、た行音、ち行音等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> <p>歯茎硬口蓋音 (しゃ、ちゃ、じゃ等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table> <p>軟口蓋音 (か行音、が行音等)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 全て発音できる</td> <td>2 一部発音できる</td> <td>3 発音不能</td> </tr> </table>	1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能	<p>Ⅱ 発音に関する検査結果 (語音発音明瞭度検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>														
1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能																									
1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能																									
1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能																									
1 全て発音できる	2 一部発音できる	3 発音不能																									
<p>ウ 失語症の障害の程度 (失語症がある場合に、記入してください。)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <p>Ⅰ 音声言語の表出及び理解の程度 (該当するもの1つを○で開んでください。)</p> <p>単語の呼称 (単語の例：家、靴下、自動車、電話、水)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>短文の発話 (2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>長文の発話 (4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>単語の理解 (例：単語の発話と同じ)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>短文の理解 (例：短文の発話と同じ)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>長文の理解 (例：長文の発話と同じ)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> </td> <td style="width:50%; padding: 2px;"> <p>Ⅱ 失語症に関する検査結果 (標準失語症検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> </td> </tr> </table>		<p>Ⅰ 音声言語の表出及び理解の程度 (該当するもの1つを○で開んでください。)</p> <p>単語の呼称 (単語の例：家、靴下、自動車、電話、水)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>短文の発話 (2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>長文の発話 (4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>単語の理解 (例：単語の発話と同じ)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>短文の理解 (例：短文の発話と同じ)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>長文の理解 (例：長文の発話と同じ)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table>	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	<p>Ⅱ 失語症に関する検査結果 (標準失語症検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
<p>Ⅰ 音声言語の表出及び理解の程度 (該当するもの1つを○で開んでください。)</p> <p>単語の呼称 (単語の例：家、靴下、自動車、電話、水)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>短文の発話 (2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>長文の発話 (4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>単語の理解 (例：単語の発話と同じ)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>短文の理解 (例：短文の発話と同じ)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table> <p>長文の理解 (例：長文の発話と同じ)</p> <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td>1 できる</td> <td>2 おおむねできる</td> <td>3 あまりできない</td> <td>4 できない</td> </tr> </table>	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない	<p>Ⅱ 失語症に関する検査結果 (標準失語症検査など)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>		
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない																								
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない																								
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない																								
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない																								
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない																								
1 できる	2 おおむねできる	3 あまりできない	4 できない																								
<p>14 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。)</p>																											
<p>15 予後 (必ず記入してください。)</p>																											
<p>16 備考</p>																											

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。)

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

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(1)留意事項

○ 診断書⑩(5)ア欄「音声又は言語機能の障害」

「音声又は言語機能の障害」がある場合、この欄は必ず記入されていること。

【構音障害、音声障害、聴覚障害による障害】

患者の“話すこと”の制限の程度について、該当するものが選択されていること。

【失語症】

患者の“話すこと”や“聞いて理解すること”の制限の程度について、該当するものが選択されていること。

- ・ 失語症は脳血管疾患等を主な原因として発生する言語機能の障害ですが、言語機能の障害と併せて肢体の障害(麻痺)や精神の障害(高次脳機能障害)を有する場合も多いため、必要に応じて、肢体の障害用又は精神の障害用の診断書が添付されているかを確認すること。

(注) 喉頭全摘出手術を施した日が、その原因となった傷病の初診日から起算して1年6月を経過する前である場合は、その日が障害認定日となる。

○ 診断書⑩(5)イ欄「発音不能な語音」

構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に記入されていること。

○ 診断書⑩(5)ウ欄「失語症の障害の程度」

脳血管疾患や失語症による請求の場合に記入漏れがないこと。

○ 診断書⑪欄「現症時の日常生活活動能力及び労働能力」

障害の程度の認定にあたって重要な意味を持ちますので、現症時において日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのか等が必ず記入されていること。

○ 診断書⑫欄「予後」

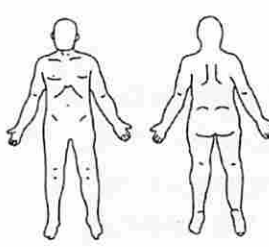
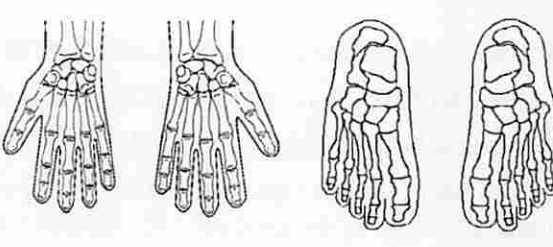
診断時点において断定できない場合にあっても、「不詳」等と必ず記入されていること。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(肢体の障害用) (1/2)

(肢) 国民年金 診断書 (肢体の障害用) 厚生年金保険 様式第120号の3

氏名 (フリガナ)		生年月日	昭和 平成	年	月	日生(歳)	性別	男・女		
住所		都道府県	市区							
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日		昭和 平成	年	月	日	診本(診本年)で 診月(診中月)で 診日(診日)で		
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		昭和 平成	年	月	日	診本(診本年)で 診月(診中月)で 診日(診日)で		
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。		⑤ 既存障害		⑥ 既往症		傷病が治っている場合 …… 治った日 平成 年 月 日 確認				
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見		⑦ 傷病が治っていない場合 …… 症状のよくなる見込		有・無・不明		傷病が治っていない場合 …… 症状のよくなる見込 有・無・不明				
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		初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)		診察回数		年 間 回 月平均 回				
計測 (平成 年 月 日計測)		身長	cm		体重	kg		血圧		
障害の状態 (平成 年 月 日現症)		最高		最低		mmHg mmHg				
<p>(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。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>切断又は離断日 平成 年 月 日</p> <p>創面治ゆ日 平成 年 月 日</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>切断 離断 × 変形</p> <p>■ 感覚麻痺 ■ 運動麻痺</p> </div> </div> <p>切断又は離断の場合の種類・運動障害 断端の痛み 有・無 すぐ上の関節の異常 有・無 (有の場合は傍欄に記入してください。)</p> <p>起 因 部 位 弛緩性・痙攣性・不随意運動性・失調性・強剛性・しんせん性</p> <p>種類及びその程度 感覚麻痺(脱失・鈍麻・過敏・異常) 運動麻痺</p> <p>反 射 右 左</p> <p>上肢 下肢 ハビンスキー反射 その他の病的反射 上肢 下肢 ハビンスキー反射 その他の病的反射</p> <p>その他の 排尿障害 有・無 排便障害 有・無 褥瘡又はその徴候 有・無</p> <p>⑫ 脊柱の障害 脊柱の他の動可動域 隣伴する脊髄・根症状などの臨床症状</p> <p>部位 前屈 後屈 右側屈 左側屈 右回旋 左回旋</p> <p>頸部</p> <p>胸腰部</p> <p>⑬ 人工骨頭・人工関節の装着の状態</p> <p>部位 手術日 平成 年 月 日</p> <p>⑭ 握力</p> <p>右 kg 左 kg</p> <p>⑮ 手足動可動域</p> <p>部位 母指 示指 中指 環指 小指</p> <p>屈曲 伸展 屈曲 伸展 屈曲 伸展 屈曲 伸展 屈曲 伸展</p> <p>中手(足)指節間関節(MP) 右 左</p> <p>近位指節間関節(PIP) (母指では指節間関節) 右 左</p>		<p>(お願い) 本文の欄は、記入漏れがないように記入してください。</p>								
		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。(無関係を斜線により抹消してください。)								

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(1)主な傷病名

上肢又は下肢の離断(切断)、上肢又は下肢の外傷性運動障害、脳梗塞、脳出血、重症筋無力症、関節リウマチ、脊髄損傷、筋ジストロフィー、変形性股関節症、変形性膝関節症、脳脊髄液減少症(脳脊髄液漏出症)、線維筋痛症 など

(2)留意事項

○ 診断書①欄～⑩欄

診断書①欄から⑩欄の記載事項(障害の原因となった傷病名、初めて医師の診療を受けた日等)は、障害の状態にかかる診断記録とともに、年金の審査で不可欠な事項となるので、記入漏れがないこと。

診断書②と③欄の「本人申立て」に○が付されている場合は、()内にその申立て年月日が必ず記入されていること。(本人の申立てが、診断書作成医療機関の初診時間診で確認できるのか、診断書を持参したときの申立てなのか判断するために必要となる。)

「遷延性植物状態」により障害年金を請求する場合、その状態に至った日を起算して3月を経過した日以後を障害認定日と判断するため、診断書⑨欄に遷延性植物状態に至った日が記入されていること。

○ 「障害の状態(平成 年 月 日 現症)」

いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるので、現症日が記入されていること。

○ 診断書⑪欄「切断又は離断・変形・麻痺」、診断書⑭欄「握力」

上肢・下肢の切断(離断)、変形、脳血管疾患(脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血、脳血栓症等)による機能障害がある場合は、この欄が記入されていること。

(注) 上肢、下肢の切断又は離断、欠損による機能障害の場合は、その原因(要因)となった傷病の初診日から起算して1年6月を経過する前である場合は、肢体の切断又は離断、欠損の日をもって障害認定日となる。

○ 診断書⑫欄「脊柱の障害」

脊柱の障害の場合は、この欄が記入されていること。

○ 診断書⑬欄「人工骨頭・人工関節の装着の状態」

変形性股関節症等により、人工骨頭や人工関節の挿入置換術を行っている場合は、この欄が記入されていること。

(注) 人工骨頭や人工関節の挿入置換術を行っている日が、その施術の原因(要因)となった傷病の初診日から起算して1年6月を経過する前である場合は、挿入置換術日が障害認定日となる。

(注) 人工骨頭や人工関節を挿入置換した場合は、挿入置換した数によらず原則3級となるが、上位等級(2級以上)に該当する可能性が有る場合は、平成24年5月30日【給付指2012-126】「国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正」(指示・依頼)の別添7①～③に基づき事務処理を行うこと。

○ 診断書⑮欄「手(足)指関節の他動可動域」

この欄については、障害が右(左)の場合は、健側についても必ず記入されていること。(健側と対比して認定するため。)

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(肢体の障害用) (2/2)

①	障害の状態 (平成 年 月 日 現在)																	
	部 位	運動の種類	右					左										
			関節可動域(角度)		筋力			関節可動域(角度)		筋力								
肩 関 節 肘 関 節 前 腕 手 関 節 股 関 節 膝 関 節 足 関 節	屈 伸	肩																
		肘																
	内 外	腕																
		手																
	伸 屈	腕																
		手																
	内 外	腕																
手																		
伸 屈	腕																	
	手																	
伸 屈	腕																	
	手																	
伸 屈	腕																	
	手																	
四肢長及び四肢周			右			左												
			上肢長	上腕周	前腕周	下肢長	大腿周	下腿周	上肢長	上腕周	前腕周	下肢長	大腿周	下腿周				
			cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm				
②	<p>補助用具を使用しない状態で判断してください。</p> <p>一人ですべてできる場合には・・・・・・・・・「○」 一人でできてもやや不自由な場合には・・・・・・・・・「△」 一人でできるが確実に不自由な場合には・・・・・・・・・「△×」 一人で全くできない場合には・・・・・・・・・「×」</p> <p>該当する記号を下欄に記入してください。</p>																	
	日常生活における動作																	
	日常生活における動作			右			左			日常生活における動作			右			左		
	a つまむ (新開風が引き抜けない程度)						m 片足で立つ											
	b 握る (木のたけのこが引き抜けない程度)						n 座る(足踏、横すわり、あぐら、臀かけなし)											
	c オイルを絞る (水をさらせる程度)			両手			o 深くおじぎ(股間長)をする											
	d ひもを結ぶ			両手			p 歩く(屋内)											
	e きしで食をする						q 歩く(屋外)											
	f 顔を洗う (顔に手のひらをつける)						r 立ち上がる			ア 支障なし イ 支障が軽微な程度 ウ 支障が中等程度			エ 支障が重微な程度 オ 支障が重度			カ 支障が極めて重微		
	g 指先の感覚を知る (マシンの前の上と下に手をやる)						s 階段を上る			ア 支障なし イ 支障が軽微な程度 ウ 支障が中等程度			エ 支障が重微な程度 オ 支障が重度			カ 支障が極めて重微		
	h 上衣の着脱 (ふぶりシャツを着て脱ぐ)			両手			t 階段を下りる			ア 支障なし イ 支障が軽微な程度 ウ 支障が中等程度			エ 支障が重微な程度 オ 支障が重度			カ 支障が極めて重微		
	i 上衣の着脱 (ワイシャツを着てボタンをゆるめる)			両手														
	k アウターの着脱 (どのような姿勢でもよい)			両手														
	l 靴下を履く (どのような姿勢でもよい)			両手														
	③	<p>① 階段での転立・立位保持の状態</p> <p>ア 可能である。 ア まっすぐ歩み通す。 イ 不安定である。 イ 多少転倒しそうなほどつらいため、つらさをおとすに歩き通す。 ウ 不可能である。 ウ 転倒あるいは重くよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。</p> <p>② 階段での直歩の10m歩行の状態</p> <p>ア 可能である。 ア まっすぐ歩み通す。 イ 不安定である。 イ 多少転倒しそうなほどつらいため、つらさをおとすに歩き通す。 ウ 不可能である。 ウ 転倒あるいは重くよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。</p> <p>③ 自覚症状・他覚所見及び検査所見</p>																
<p>④ 補用状況</p> <p>該当する数字を○で囲み、右のA・イのいずれかの使用状況を並び、()内に記載してください。 1 () 上肢補具 2 () 下肢補具 (左・右) [A 常時(起床より就寝まで)使用] 3 () 杖 () 1 杖 4 () 杖 [イ 常時ではないが使用] 5 () 車椅子 6 () 歩行車 7 () その他 (具体的に)) 8 補助用具は使用していない</p>																		
<p>⑤ その他の精神・身体の障害の状態</p>																		
<p>⑥ 現時の日常生活活動能力及び労働能力 (補助用具を使用しない状態で判断してください。)</p> <p>(必ず記入してください。)</p>																		
<p>⑦ 予 後 (必ず記入してください。)</p>																		
<p>⑧ 備 考</p>																		
<p>上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 診療担当科名</p> <p>所 在 地 医師氏名 印</p>																		

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

○ 「障害の状態(平成 年 月 日 現症)」

いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるので、現症日が記入されていること。

○ 診断書⑯欄「関節可動域及び筋力」

障害が右(左)の場合は、健側についても必ず記入されていること。(健側と対比して認定するため。)また、欄外の「股関節屈曲値」は、1又は2のいずれの測定によるものか○が付されていること。

○ 診断書⑰欄「四肢長及び四肢囲」

両変形性股関節症や関節リウマチ等による障害の場合は、必ず記載されていること。

障害が右(左)の場合は、健側についても必ず記入されていること。(健側と対比して認定するため。)

○ 診断書⑱欄「日常生活における動作の障害の程度」

a～q までは、「○」、「○△」、「△×」、「×」のいずれかの記号が記入されていること、r～t までは、ア～エの該当する状態に○が付されていること、補助用具は使用しない状態で記入されていること。

○ 診断書⑲欄「補助用具使用状況」

補助用具を使用している場合は、その使用状況が記入されていること。

○ 診断書⑳欄「その他の精神・身体の障害の状態」

該当する症状がある場合は、記入されていること。言語障害がある方には、言語障害の症状を確認し、聴覚等の診断書の有無について確認する必要があること。

○ 診断書㉑欄「現症時の日常生活活動能力及び労働能力」

障害の程度の認定にあたって重要な意味を持つので、現症時において日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのか等が必ず記入されていること。

○ 診断書㉒欄「予後」

診断時点において断定できない場合にあっては、「不詳」等と必ず記入されていること。

○ 診断書作成年月日等

診断書の作成年月日等の記入漏れがないこと。

【ポイント】

先天性股関節疾患(臼蓋形成不全を含む)の初診日については、障害年金の初診日に関する調査票(先天性股関節疾患(臼蓋形成不全を含む)用)を審査する際の資料とする。
請求傷病が「線維筋痛症」の場合は、重症度分類試案(ステージI～V)が記入されていること、「脳脊髄液減少症(脳脊髄液漏出症)」の場合は、日中(起床から就床まで)の臥位(臥床)時間が診断書に記入されていることを確認すること。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(精神の障害用) (1/2)

(精) 国民年金 厚生年金保険 診断書 (精神の障害用) 様式第120号の4

氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日生	性別	男・女																																			
住所	都道府県	市区																																									
障害の原因となった傷病名 (ICD-10コード)	1 傷病の発生日	昭和 平成	年	月	日	診断書で診断 本人の申立て (年 月 日)	本人の発病 時の職業																																				
	2 傷病のため初めて医師 の診断を受けた日	昭和 平成	年	月	日	診断書で診断 本人の申立て (年 月 日)	④ 既存障害																																				
傷病が治ったか、症状が消失 した状態を否()か、否()	平成	年	月	日	確定	症状のよくなる見込・・・有・無・不明	⑤ 既往症																																				
発病から現在までの病歴 及び治療の経過、内容、 視学・視覚状況等、期間、 その他参考となる事項	① 調査者の氏名																																										
	② 請求人との続柄																																										
聴取年月日																																											
初診年月日 (年 月 日)																																											
ア 発育・養育歴	イ 教育歴	ウ 職歴																																									
<p>これまでの発育・養育等 出生から発育の状況や教 育歴がこれまでの履歴を できるだけ詳しく記入して ください。</p> <p>乳幼児 不登校・就学後 小学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学級) 中学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学級) 高校(普通学級・特別支援学級) その他</p>																																											
<p>⑥ 治療歴(書ききれない場合は各「備考」欄に記入してください。)(※同一医療機関の入院・外来は分けて記入してください)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>医療機関名</th> <th>治療期間</th> <th>入院・外来</th> <th>病名</th> <th>主な療法</th> <th>転帰(軽快・悪化・不変)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>年 月～年 月</td> <td>入院・外来</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月～年 月</td> <td>入院・外来</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月～年 月</td> <td>入院・外来</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月～年 月</td> <td>入院・外来</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月～年 月</td> <td>入院・外来</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								医療機関名	治療期間	入院・外来	病名	主な療法	転帰(軽快・悪化・不変)		年 月～年 月	入院・外来					年 月～年 月	入院・外来					年 月～年 月	入院・外来					年 月～年 月	入院・外来					年 月～年 月	入院・外来			
医療機関名	治療期間	入院・外来	病名	主な療法	転帰(軽快・悪化・不変)																																						
	年 月～年 月	入院・外来																																									
	年 月～年 月	入院・外来																																									
	年 月～年 月	入院・外来																																									
	年 月～年 月	入院・外来																																									
	年 月～年 月	入院・外来																																									
<p>⑦ 障害の状況 (平成 年 月 日 現在)</p> <p>ア 現在の病状又は状態(該当のローマ数字、英数字を○で囲んでください)</p> <p>イ 左記の状況について、その程度・症状・処方等を具体的に記載してください。</p>																																											
<p>前回の診断書との比較(前回の診断書を作成している場合は記入してください)</p> <p>1 変化なし 2 改善している 3 悪化している 4 不明</p> <p>I 精神症状</p> <p>1 思考・運動抑制 2 興奮・興奮 3 気分不安定</p> <p>4 自覚症状 5 妄想・幻覚</p> <p>II さうじょう</p> <p>1 自尊心 2 気分・多動 3 気分(感情)の異常な高揚・抑制</p> <p>4 観念奔逸 5 衝動性・攻撃性亢進 6 誇大妄想</p> <p>7 その他</p> <p>III 社会生活</p> <p>1 日常生活 2 学習 3 職業生活 4 思考形式の障害</p> <p>5 著しい異常な行動 6 その他</p> <p>IV 精神運動機能及び言語の障害</p> <p>1 興奮 2 減退 3 振盪・不安 4 減退思考</p> <p>5 衝動行為 6 自傷 7 禁食・無反応</p> <p>8 その他</p> <p>V 統合失調症等関連状態</p> <p>1 自傷 2 感情の平坦化 3 意識の減退</p> <p>4 その他</p> <p>VI 意識障害・てんかん</p> <p>1 意識障害 2 (夜間)せん妄 3 もろろろ 4 昏倒</p> <p>5 てんかん発作 6 意識障害 7 その他</p> <p>てんかん発作のタイプ ※発作のタイプは記入上の注意参照</p> <p>1 てんかん発作のタイプ (A・B・C・D)</p> <p>2 てんかん発作の頻度(年間、1日、1週間、1ヶ月、1年、程度)</p> <p>VII 知能等</p> <p>1 知能障害 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 エ 最重度</p> <p>2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 エ 最重度</p> <p>3 高次脳機能障害</p> <p>ア 実行 イ 先達</p> <p>ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 進行性障害 カ 社会的行動障害</p> <p>4 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 計算 エ その他</p> <p>5 その他</p> <p>III 発達障害関連状況</p> <p>1 対人的な社会関係の異常 2 言語のコミュニケーションの障害</p> <p>3 限定した重複的で反復的な関心と行動 4 その他</p> <p>IV 人格変化</p> <p>1 気質的 2 無関心 3 無気</p> <p>4 その他(状態)</p> <p>X 服用、依存等(薬物等)</p> <p>1 服用 2 依存</p> <p>XI その他</p>																																											

(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。

本人の申立てによる場合は、本人の申立ての旨を必ず記載してください。

(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。)

(12.5)
1554 1518 253

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(1)主な傷病名

統合失調症、双極性障害(躁うつ病)、てんかん性精神病、知的障害、アルツハイマー病、頭部外傷後遺症、高次脳機能障害、広汎性発達障害、てんかん など

(2)留意事項

○ 診断書①欄～⑨欄

診断書①欄から⑨欄の記載事項(障害の原因となった傷病名、初めて医師の診療を受けた日等)は、障害の状態にかかる診断記録とともに、年金の審査で不可欠な事項となるので、記入漏れがないこと。また、次の項目についても確認すること。

- ・ 診断書①欄に「ICD-10コード」が記入されていること。
- ・ 「ア 発育・養育歴」、「イ 教育歴」、「ウ 職歴」及び「エ 治療歴」が、記入されていること。

診断書②と③欄の「本人申立て」に○が付されている場合は、()内にその申立て年月日が必ず記入されていること。(本人の申立てが、診断書作成医療機関の初診時間診で確認できるのか、診断書を持参したときの申立てなのか判断するために必要となる。)

○ 診断書⑩欄「障害の状態(平成 年 月 日 現症)」

いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるので、現症日が記入されていること。また、「ア 現在の病状又は状態像」「イ 左記の状態についてその程度・症状」「ウ 日常生活状況」(診断書裏面)は、必ず記入されていること。

- ・ てんかんは、てんかん発作のタイプと頻度が記入されていること。

<参考:診断書「記入上の注意(精神の障害用診断書)」より抜粋>

てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。

また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。

- A:意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
- B:意識障害の有無を問わず、転倒する発作
- C:意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
- D:意識障害はないが、随意運動が失われる発作

- ・ 高次脳機能障害の失語の症状について、審査を希望している場合は、言語機能の障害用(様式第120号の2)の診断書が添付されていること。

【ポイント】

ICD-10コード(国際疾病分類)は、精神及び行動の障害であれば「F」で始まり、神経系の疾患であれば「G」で始まるコードのこと。

例えば、統合失調症であれば「F20」や「F20.0」となり、てんかんであれば「G40」や「G40.0」と記入される。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(精神の障害用) (2/2)

<p>ウ 日常生活状況</p> <p>1 家庭及び社会生活についての具体的な状況 (ア) 現在の生活環境(該当するもの一つを○で囲んでください。) 入院 ・ 入所 ・ 在宅 ・ その他 () (施設名) 同居者の有無 (有 ・ 無)</p> <p>(イ) 全般的状況(家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。)</p> <p>2 日常生活能力の判定(該当するものにチェックしてください。)(判断にあたっては、単身で生活するとしたら可能かどうかで判断してください。)</p> <p>(1)適切な食事-配膳などの準備も含めて適量までバランスよく摂ることがほぼできるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自覚的かつ適正に行動しているが、摂食や嚥下をしても十分な量が摂れない <input type="checkbox"/> 摂食や嚥下をしても十分な量が摂れない <input type="checkbox"/> 摂食や嚥下をしても十分な量が摂れない</p> <p>(2)身の周りの清潔保持-洗面、更衣、入浴等の身の周りの清潔保持や整理ができる。また、身の周りの清潔を維持することができる。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自覚的かつ適正に行動しているが、身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない</p> <p>(3)金銭管理と買い物-金銭を自力で適切に管理し、やりくりがほぼできる。また、一人で買い物が可能であり、計画的な買い物がほぼできるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが、身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない</p> <p>(4)通薬と服薬(要・不要)-薬服の服薬を適切に管理し、服薬を適切に行うことができる。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが、身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない</p> <p>(5)他人との意思伝達及び対人関係-他人の話を聞き、自分の意思を相手に伝える、集団的行動が行えるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが、身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない</p> <p>(6)身の周りの安全確保及び危機対応-事故等の危険から身を守る能力がある。通常と異なる事象となった時に他人に援助を求めるなどを含めて、適正に対応することができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが、身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない</p> <p>(7)社会性-銀行での会員の申し込みや公共施設等の利用が一人で可能。また、社会生活に必要な手続きが行えるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが、身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない <input type="checkbox"/> 身の周りの清潔を維持することができない</p>	<p>3 日常生活能力の程度(該当するもの一つを○で囲んでください。) (日常生活能力の程度を記載する際には、状態をもっとも適切に記載できる「精神障害」又は「知的障害」のどちらかを使用してください。)</p> <p>(精神障害) (1) 精神障害(病的体験・残遺症状・認知障害・性格変化等)を認めるが、社会生活は普通にできる。 (2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、日常的事務をこなすことはできるが、状況や手段が変化したりすると困難をきたることがある。社会的なコミュニケーションが適切に出来ないこともある。家族支援はほぼ行われている場合など。)</p> <p>(3) 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、着替えた後によく行動が見受けられる。自覚的な覚悟が少ない。あっても内容が不適切であったり不明確であったりする。家族支援が可能な場合など。)</p> <p>(4) 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、着替えた後によく行動が見受けられる。自覚的な覚悟が少ない。あっても内容が不適切であったり不明確であったりする。家族支援が可能な場合など。)</p> <p>(5) 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自覚的にすることができない。また、転倒の機会に医師等の外出には、付き添いが必要となる場合など。)</p> <p>(知的障害) (1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通にできる。 (2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、簡単な文字に読み書きができる。内容も意思の伝達が可能な場合があるが、抽象的なことは難しい。日常生活も一人でできる程度。)</p> <p>(3) 知的障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、ごく簡単な読み書きや計算ができ、計算などがあれば作業は可能である。身体動作ができれば理解ができ、身のまわりのこともおおむね一人でできる程度。)</p> <p>(4) 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、簡単な文字や数字は理解でき、保護的援助であれば単純作業は可能である。習得していることでは日常生活の場面を理解し、身のまわりのことでも部分的にできる程度。)</p> <p>(5) 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、文字や数字の理解力がほとんどなく、簡単な文字でも書けない。言葉による意思の伝達がほとんど不可能であり、身のまわりのことでも一人でできない程度。)</p>
<p>エ 現在の就労状況 ○勤労先 () ・ 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他 () ○雇用体系 ・ 障害者雇用 () ・ 一般雇用 ・ 自営 ・ その他 () ○勤続年数 () 年 () 月 () 日 () 日 ○ひと月の給与 () 円 () 円 ○仕事の内容 ○仕事場での援助の状況や意思伝達の状況</p>	<p>イ 身体所見(神経学的な所見を含む。)</p> <p>カ 臨床検査(心理テスト・認知検査、知的障害の場合は、知能指数、精神年齢を含む。)</p> <p>キ 福祉サービスの利用状況(障害者自立支援法に規定する自立訓練、共同生活援助、共同生活介護、在宅介護、その他障害福祉サービス等)</p>
<p>14 現役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。)</p> <p>15 予 後 (必ず記入してください。)</p> <p>16 備 考</p>	
<p>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</p>	

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

- 診断書⑩欄「障害の状態(平成 年 月 日 現症)」(つづき)
「エ 現症時の就労状況」については、記入されていなくても不備としないこと。また、「カ 臨床所見(心理テスト(知能障害の場合には、知能指数、精神年齢を含む。))」には、請求する傷病が「知的障害」、「発達障害」の場合は、知能指数または精神年齢が記入されていること。
また、検査を行った日についても記入されていること。
- 診断書⑪欄「現症時の日常生活活動能力及び労働能力」
障害の程度の認定にあたって重要な意味を持ちますので、現症時において日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのか等が必ず記入されていること。
- 診断書⑫欄「予後」
診断時点において断定できない場合にあっても、「不詳」等と必ず記入されていること。
- 診断書⑬欄「備考」
「①障害の原因となった傷病名」に神経症圏(ICD-10コードが「F4」で始まる傷病)の傷病が記入されている場合で、「統合失調症」、「統合失調症型障害」、「妄想障害」、「気分(感情)障害」の病態を示しているときは、その旨と示している病態のICD-10コードが記入されていること。
- 診断書作成年月日等
診断書の作成年月日等の記入漏れがないこと。

注意！

精神の障害用の診断書は、精神保健指定医又は精神科を標榜する医師により作成されていること。

ただし、てんかん、知的障害、発達障害、認知症、高次脳機能障害などは、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などでそれぞれ専門医師として従事しているのであれば、精神科の医師でなくても作成することができる。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(呼吸器疾患の障害用) (1/2)

国民年金 厚生年金保険 船員保険		診 断 書	様式第120号の5 (呼吸器疾患の障害用)
(呼)氏名 (フリガナ)		昭和 平成	年 月 日 生(歳) 男・女
住 所		住所地の郵便番号	郡市 区 町 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 平成 年 月 日	診断書で確認 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 平成 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 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場所 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、その他参考となる事項 (抗がん剤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)	
⑩ 診療回数 年間 回、月平均 回		手術 手術名 () 手術年月日 (年 月 日)	
障 害 の 状 態			
⑪ 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) 身長 α : 体重 ㎏		3 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1つを○で囲んでください)	
2 胸部X線所見 (A) (1) 胸壁癌瘍 なし・軽・中・高 (2) 気腫化 なし・軽・中・高 (3) 肺腫化 なし・軽・中・高 (4) 不透明期 なし・軽・中・高 (5) 胸郭変形 なし・軽・中・高 (6) 心臓腫大 なし・軽・中・高 (7) 肺風肺 なし・軽・中・高 撮影年月日 (平成 年 月 日)		ア 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、業務等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、軽労働や作業はできるもの (例えば、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るが、軽労働はできないが、日中の50%以上は起床しているもの エ 身のまわりのある程度のことではあるが、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、昼夜就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの	
4 臨床所見 (平成 年 月 日 現症) (1) 自覚症状 (無・有・著) 咳 (無・有・著) 痰 (無・有・著) 胸痛 (無・有・著) 呼吸困難 (無・有・著) 安静時 (無・有・著) 活動時 (無・有・著) 喘鳴 (無・有・著)		6 換気機能 (平成 年 月 日) (1) 肺活量実測値 (VC) ml (2) 予測肺活量 ml (% 肺活量) (3) 努力性肺活量 (FVC) ml (4) 1秒量 (FEV1%) (4)/(3)×100 (5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) (4)/(2)×100 (6) 予測肺活量1秒率 (4)/(2)×100	
(2) 他覚所見 (無・有) 肺音 (無・有) 子アノビ (無・有) ばらばら音 (無・有) 常態状態 (良・中・不良) ク音 (有・一部・広範囲) 雑音 ()		7 動脈血ガス分析 (平成 年 月 日) (1) 酸素吸入を 施行している ・ 施行していない 在宅酸素吸入ではない (どの様な方法ですか) 在宅酸素吸入である 平成 年 月 日開始 施行時間 (時間/日・夜時) 酸素吸入量 ㎖/分 (2) 動脈血ガス分析 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。	
5 活動能力(呼吸不全)の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください) i 同年齢の健康人と同様に歩行、段階の昇降ができる。 ii 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。 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。 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。 エ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。 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	

(※) 願 (イ) 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。

(注) 本人の申立ての割合は、これを標準とした年月日を入力してください。

(※) 願 (イ) 太文字の欄は、記入漏れがないように入力してください。

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、斜線により未読してください)

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(1)主な傷病名

肺結核、じん肺、気管支喘息、慢性気管支炎、膿胸、肺線維症、肺化のう症、COPD(慢性閉塞性肺疾患)、けい肺(これに類似するじん肺を含む) など

(2)留意事項

○ 診断書①欄～⑨欄

診断書①欄から⑨欄の記載事項(障害の原因となった傷病名、初めて医師の診療を受けた日等)は、障害の状態にかかる診断記録とともに、年金の審査で不可欠な事項となるので、記入漏れがないこと。

診断書②と③欄の「本人申立て」に○が付されている場合は、()内にその申立て年月日が必ず記入されていること。(本人の申立てが、診断書作成医療機関の初診時間診で確認できるのか、診断書を持参したときの申立てなのか判断するため。)

○ 診断書⑩欄「共通項目」

呼吸器疾患の必須項目となっているので、呼吸不全の状態がない場合でも記入されていること。また、次の項目についても確認すること。

- ・ いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるので、必ず検査年月日((平成 年 月 日)赤字の部分)が記入されていること。
- ・ 動脈血ガス分析値は安静状態の計測値であり、酸素吸入施行中の値であるときは、酸素吸入量が記入されていること。
- ・ 在宅酸素療法を施行している場合は、その開始日、施行時間、酸素吸入量が記入されていること。

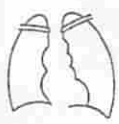
注意!

呼吸器系結核、肺化のう症、けい肺(これに類似するじん肺を含む)の疾病は、X線フィルムが添付されていること。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(呼吸器疾患の障害用) (2/2)

<p>⑪ 肺結核症 (平成 年 月 日現在)</p> <p>1 胸部 X 線所見 (B) 初診時 (昭和・平成 年 月 日)</p>  <p>直員のA問のX線所見の日本結核病学会分類を記入してください</p> <p>日本結核病学会分類</p> <table border="0"> <tr> <td>病</td> <td>例</td> <td>右</td> <td>左</td> <td>両</td> <td>右</td> <td>左</td> <td>両</td> </tr> <tr> <td>病</td> <td>型</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> </tr> </table>		病	例	右	左	両	右	左	両	病	型	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	<p>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、喉頭結核、気管支炎濾液、胃液、穿刺液)</p> <p>昭和・平成 年 月 日 -+ (ダフキー 号) ; -+ (コロニー) 昭和・平成 年 月 日 -+ (ダフキー 号) ; -+ (コロニー)</p> <p>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</p> <p>4 その他の所見 (結核予防法による公費負担適用の有無 有・無)</p>
病	例	右	左	両	右	左	両															
病	型	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V											
<p>⑫ じん肺 (平成 年 月 日現在)</p> <p>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)</p>																						
<p>⑬ 気管支喘息 (平成 年 月 日現在)</p> <p>1 時間の経過と症状 (1) 喘息発作時に無症状の期間がある。 (2) 控除する喘息症状のために無症状の期間がない。</p> <p>2 ピークフロー値 (PEFR) 最近 (1ヶ月程度の期間) の 最高値 1/分、最低値 1/分、平均値 1/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】</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>5 入院・救急室受診歴 (1) 入院歴 有・無 (過去3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)</p> <p>6 治療 治療で使用している薬剤に○印をつけてください。 ① 吸入ステロイド薬 (有・無): 使用量 (常用量・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・テオフィリン徐放錠剤 → IgG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以上を連用している。 (5) 発作時のみ経口ステロイドを使用する。 (6) 気管支拡張薬のみでコントロールしている。</p> <p>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</p>																						
<p>⑭ その他の障害又は症状の所見等 (年 月 日現在)</p>																						
<p>⑮ 現在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)</p>																						
<p>⑯ 予 後 (必ず記入して下さい)</p>																						
<p>⑰ 備 考</p>																						

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

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

- 診断書①欄「肺結核症」、診断書⑫欄「じん肺」、診断書⑬欄「気管支喘息」、
診断書⑭欄「その他の障害又は症状の所見等」
請求する傷病に応じて必要な所見、検査結果が記入されていること。

- 診断書⑮欄「現症時の日常生活活動能力及び労働能力」
障害の程度の認定にあたって重要な意味を持つので、現症時において日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのか等が必ず記入されていること。

- 診断書⑯欄「予後」
診断時点において断定できない場合にあって、「不詳」等と必ず記入されていること。

- 診断書作成年月日等
診断書の作成年月日等の記入漏れがないこと。

【ポイント】
初診時（1番最初に受診した医療機関）の医師の証明が添付できない場合であって、請求者から健診日を初診日とするよう申立てがある場合は、障害年金の初診日に関する調査票〔肺の病気用〕を確認すること。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(循環器疾患の障害用) (1/2)

様式第120号の6-(1)

(内) 国民年金 厚生年金保険 診断書 (循環器疾患の障害用)

(フリガナ)氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日 生(歳)	性別	男・女
住所	〒 市 区 町 丁目 番 号	都道府県	市区			
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日	昭和 平成	年 月 日	診 察 人 (年 月 日)	診 察 日 (年 月 日)
		③ ①のため初めて医師の診察を受けた日	昭和 平成	年 月 日	診 察 人 (年 月 日)	診 察 日 (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、その他参考となる事項	診療回数	年間	回、月平均	回		
	手術歴	手術名 (年 月 日) 手術年月日 (年 月 日)				
⑩ 計 測	身長	cm	脈 拍	回/分	血 圧	最大 mmHg 降圧薬服用 最小 mmHg 無 ・ 有
障 害 の 状 態						
⑪ 循環器疾患 (平成 年 月 日現症)						
1 臨床所見			2 一般状態区分表 (平成 年 月 日)			
(1)自覚症状 (無・有・著) チアノーゼ (無・有・著) 呼吸困難 (無・有・著) 浮 腫 (無・有・著) 息切れ (無・有・著) 頸静脈怒張 (無・有) 胸 痛 (無・有・著) ばち状指 (無・有) 咳 (無・有・著) 尿量減少 (無・有) 痰 (無・有・著) 器質的雑音 (無・有) 失 神 (無・有) (Levine 度)			(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%以上は経歴しているもの エ 身のまわりのある程度のことではあるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就労しており、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			
3 心機能分類 (NYHA) (I ・ II ・ III ・ IV)			(4)心カテーテル検査 (平成 年 月 日) 左 室 駆 出 率 EF % 冠 動 脈 れん 縮 誘 発 試 験 (無 ・ 有) (陰 性 ・ 陽 性) 左 主 幹 部 に 50% 以上 の 狭 窄 (無 ・ 有) 3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無 ・ 有) 所見			
4 検査所見			(5)心エコー検査 (平成 年 月 日) 左室拡張期径 mm 左室収縮期径 mm 左 室 駆 出 率 EF % 所見 (左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)			
(1)心電図所見 (心電図所見のあるものは、必ず心電図(コピー)を添付してください。) ① 安静時心電図 (平成 年 月 日) 心室性期外収縮 (無・有) 完全房室ブロック (無・有) 心房細動・粗動 (無・有) Mobitz II型房室ブロック (無・有) 完全左脚ブロック (無・有) 0.2mV以上のST低下 (無・有) 陳旧性心筋梗塞 (無・有) 深い陰性T波 (無・有 (mV)) その他 () ② 負荷心電図 (無・有) (平成 年 月 日) (陰 性 ・ 疑 陽 性 ・ 陽 性) MCTs ③ ホルター心電図 (無・有) (平成 年 月 日) (所見)			(6)血液検査 (平成 年 月 日) BNP値 (陽性ナトリウム利尿ペプチド) n.g./ml NT-proBNP値 (陽性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント) n.g./ml			
(2)胸部X線所見 (平成 年 月 日) 心胸郭係数 (%) 肺静脈うっ血 (無・有・著)			5 その他の所見 (平成 年 月 日)			
(3)動脈血ガス分析値 (平成 年 月 日) 動脈血 O ₂ 分圧 Torr 動脈血 CO ₂ 分圧 Torr						

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。)

一診察録で確認または本人の申告でのどちらかを○で囲み、本人の申告での場合は、それを裏打ち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。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(1)主な傷病名

僧帽弁狭窄症、大動脈弁狭窄症、僧帽弁閉鎖不全症、慢性虚血性心疾患、冠状動脈硬化症、狭心症、ブルガタ症候群、心筋梗塞、胸部大動脈瘤解離、悪性高血圧、肺血栓塞栓症、肺動脈性肺高血圧症 など

(2)留意事項

○ 診断書①欄～⑩欄

診断書①欄から⑨欄の記載事項(障害の原因となった傷病名、初めて医師の診療を受けた日等)は、障害の状態にかかる診断記録とともに、年金の審査で不可欠な事項となるので、記入漏れがないこと。

診断書②と③欄の「本人申立て」に○が付されている場合は、()内にその申立て年月日が必ず記入されていること。(本人の申立てが、診断書作成医療機関の初診時間診で確認できるのか、診断書を持参したときの申立てなのか判断するため。)

○ 診断書⑩欄「循環器疾患」

「1 臨床所見」及び「2 一般状態区分」の欄が記入されていること。「3 検査所見」及び「4 その他の所見」については、必要と思われる項目が記入されていること。

心カテーテル検査等については、患者への身体的負担が大きい検査は必須ではなく、過去に行った当該検査結果の参考記入でも良いこととなっていること。

また、次の項目についても確認すること。

- ・ いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるので、必ず検査年月日((平成 年 月 日)赤字部分)が記入されていること。
- ・ 心疾患は、心電図のコピーが添付されていること。
- ・ 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器(ICD)、人工弁、人工血管、心臓移植、CRT(心臓再同期医療機器)及びCRT-D(除細動器機能付き心臓再同期医療機器)を装着した場合は、心臓ペースメーカー等を装着・施術した日以後の現症日が記入されていること。

(注)心臓ペースメーカー等を装着・施術した場合は、装着日・施術日がその原因(要因)となった傷病の初診日から起算して1年6月を経過する前である場合は、心臓ペースメーカー等の装着日・施術日が障害認定日となる。

(注)人工弁(弁置換術)には、機械弁、生体弁、ホモグラフトの3種類がありますが、弁形成術に使用する人工弁輪は人工弁ではないので上記の取扱いには該当しない。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(循環器疾患の障害用) (2/2)

障 害 の 状 態																			
⑫ 疾患別所見	(平成 年 月 日 現症)	(該当する疾患について記入してください。)																	
1 心筋疾患																			
(1) 肥大型心筋症	無・有																		
(2) 拡張型心筋症	無・有																		
(3) その他の心筋症	無・有																		
(4) 所見																			
2 虚血性心疾患																			
(1) 心不全症状	無・軽労作で有・安静時有																		
(2) 狭心症状	無・軽労作で有・安静時有																		
(3) 梗塞後狭心症状	無・軽労作で有・安静時有																		
(4) 心室性期外収縮	無・有 (Low 度)																		
(5) インターベンション	無・有 初回：(平成 年 月 日)、計 回、手技 ()																		
(6) A C バイパス術	無・有 初回：(平成 年 月 日)																		
(7) 再 狭 窄	無・有 (平成 年 月 日)																		
(8) その他の手術	無・有 (手術名) (平成 年 月 日)																		
(9) その他																			
3 不 整 脈																			
(1) 難治性不整脈	無・有 () (平成 年 月 日)																		
(2) ペースメーカー治療	無・有 (平成 年 月 日)																		
(3) 植込み型除細動器(ICD)	無・有 (平成 年 月 日)																		
(4) その他																			
4 大動脈疾患																			
(1) 胸部大動脈解離	無・有 Stanford 分類 (A 型・B 型) (平成 年 月 日)																		
(2) 大動脈瘤	無・有 (部位：胸部・胸腹部・腹部) (最大血管短径 cm) (平成 年 月 日)																		
(3) 人工血管	無・有 (部位：胸部・胸腹部・腹部) (平成 年 月 日)																		
(4) ステントグラフト	無・有 (部位：胸部・胸腹部・腹部) (平成 年 月 日)																		
(5) その他の手術	無・有 (手術名) (平成 年 月 日)																		
(6) その他																			
注：高血圧症がある場合は、「7 高血圧症」にも記載してください。																			
5 先天性心疾患・弁疾患																			
(1) 先天性心疾患の場合 症状の出現時期 (昭和・平成 年 月 日)	(4) 肺体血流比 _____																		
小・中学生時代の体育の授業 普通にできた 参観していた	(5) 肺動脈収縮期圧 _____ mmHg																		
(2) 弁疾患の場合 原因疾患	(6) 人工弁置換術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)																		
発病時期 (昭和・平成 年 月 日)	(7) その他の手術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)																		
(3) Eisenmenger症候群 無・有	(8) その他 ()																		
6 重症心不全																			
(1) 心臓移植	無・有 (平成 年 月 日)																		
(2) 人工心臓	無・有 (平成 年 月 日)																		
(3) 心臓再同期医療機器 (CRT)	無・有 (平成 年 月 日)																		
(4) 除細動器機能付き心臓再同期医療機器 (CRT-D)	無・有 (平成 年 月 日)																		
7 高血圧症																			
(1) 本態性高血圧症・二次性高血圧症 (病名：)	(4) 眼底検査所見 (平成 年 月 日) KW・Scheie・その他 (法) : _____																		
(2) 検査成績	(5) その他の合併症 (大動脈解離、大動脈瘤、末梢動脈閉塞など) 無・有 (病名：)																		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>血圧測定年月日</th> <th>最大血圧</th> <th>最小血圧</th> <th>降圧薬服用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・ ・</td> <td></td> <td></td> <td>無・有 (種)</td> </tr> <tr> <td>・ ・</td> <td></td> <td></td> <td>無・有 (種)</td> </tr> <tr> <td>・ ・</td> <td></td> <td></td> <td>無・有 (種)</td> </tr> </tbody> </table>	血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用	・ ・			無・有 (種)	・ ・			無・有 (種)	・ ・			無・有 (種)	(6) 血清クレアチニン濃度 _____ mg/dl		
血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用																
・ ・			無・有 (種)																
・ ・			無・有 (種)																
・ ・			無・有 (種)																
(3) 一過性脳虚血発作の既往 無・有 : 1年以内・1年以上前 (年 月頃)																			
8 その他の循環器疾患																			
(1) 手術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)																			
(2) その他 ()																			
⑬ 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。)																			
⑭ 予 後 (必ず記入してください。)																			
⑮ 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 _____

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

○ 診断書⑫欄「疾患別所見」

「1 心筋疾患」、「2 虚血性心疾患」、「3 不整脈」、「4 大動脈疾患」、「5 先天性心疾患・弁疾患」、「6 重症心不全」、「7 高血圧症」及び「8 その他の循環器疾患」については、必要と思われる項目が記入されていること。

「心臓再同期医療機器(CRT)」、「除細動器機能付き心臓再同期医療機器(CRT-D)」を装着した場合は、「6 重症心不全」だけでなく、軽度の心不全又は無症状の心機能低下に対しては⑮欄「備考」にも記入されている場合があるため確認すること。なお、重症心不全に対して CRT、CRT-D が施行された場合には、障害等級2級に該当すること。

○ 診断書⑬欄「現症時の日常生活活動能力及び労働能力」

障害の程度の認定にあたって重要な意味を持ちますので、現症時において日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのか等が必ず記入されていること。

○ 診断書⑭欄「予後」

診断時点において断定できない場合にあっては、「不詳」等と必ず記入されていること。

○ 診断書作成年月日等

診断書の作成年月日等の記入漏れがないこと。

【ポイント】

初診時(1番最初に受診した医療機関)の医師の証明が添付できない場合であって、請求者から健診日を初診日とするよう申立てがある場合は、障害年金の初診日に関する調査票「心臓の病気用」を確認すること。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(腎疾患、肝疾患、糖尿病の障害用(1/2))

様式第120号の6-(2)

(内) 国民年金 診断書 (腎疾患・肝疾患の障害用)
厚生年金保険 (糖尿病)

氏名 <small>(フリガナ)</small>		生年月日	昭和 平成	年	月	日生	(歳)	性別	男・女						
住所 <small>(〒) (市町村) (番地)</small>	都道府県	都市区													
1 障害の原因 となった 医 病 名	20 傷病の発生日 昭和 平成	年	月	日	21 傷病の発生日 昭和 平成	年	月	日	22 傷病のため初めて医師の診療を受けた日 昭和 平成	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 傷病の有無	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	7 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、その他参考となる事項	診療回数	年間	回	月平均	回	手術名									
10 計測	身長	cm	体重	kg	脈拍	回/分	血圧	最大	mmHg	最小	mmHg	尿量	ml/日	尿糖	有・無
11 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、発病前と同等になるもの															
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 (例えば、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るが、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															
12 腎疾患 (平成 年 月 日 発症) (腎性脳病又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(註)の欄にも必要事項を記入してください。)															
1 臨床所見				(2)検査成績 (記入上の注意を参照)											
(1)自覚症状		(2)他覚所見		検査項目		結果		単位		備考					
悪心・嘔吐	(無・有・著)	浮腫	(無・有・著)	尿蛋白(尿中/24時間)	g/24h										
食欲不振	(無・有・著)	貧血	(無・有・著)	尿蛋白(尿中/100ml)	mg/dl										
頭痛	(無・有・著)	アシドーシス	(無・有・著)	尿蛋白(尿中/100ml)	mg/dl										
呼吸困難	(無・有・著)	腎不全に基づく神経症状	(無・有・著)	尿蛋白(尿中/100ml)	mg/dl										
		視力障害	(無・有・著)	尿蛋白(尿中/100ml)	mg/dl										
2 腎生検				検査年月日(平成 年 月 日)											
所見															
3 人工透析療法															
(1)人工透析療法の実施の有無				無・有(血液透析・腹膜透析・血液濾過)											
(2)人工透析開始日				(平成 年 月 日)											
(3)人工透析(腹膜透析を除く)実施状況				回数・回/週、1回 時間											
(4)人工透析導入後の臨床経過															
(5)長期透析による合併症				無・有											
所見															
4 その他の所見															
(1)腎移植				無・有(有の場合は移植年月日(平成 年 月 日))											
経過															
(2)その他															

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。)

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。)

(お願い) 本文書の様子は、記入漏れがないように記入してください。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(1)主な傷病名

(腎疾患)慢性腎炎、ネフローゼ症候群、慢性糸球体腎炎、慢性腎不全 など

(肝疾患)肝硬変、多発性肝腫瘍、肝癌 など

(糖尿病疾患)糖尿病、糖尿病を原因とする合併症 など

(2)留意事項

○ 診断書①欄～⑩欄

診断書①欄から⑩欄の記載事項(障害の原因となった傷病名、初めて医師の診療を受けた日等)は、障害の状態にかかる診断記録とともに、年金の審査で不可欠な事項となるので、記入漏れがないこと。

診断書②と③欄の「本人申立て」に○が付されている場合は、()内にその申立て年月日が必ず記入されていること。(本人の申立てが、診断書作成医療機関の初診時問診で確認できるのか、診断書を持参したときの申立てなのか判断するために必要となる。)

○ 診断書⑪欄「一般状態区分表(平成 年 月 日)」

いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるので、必ず現症日(平成 年 月 日)が記入されていること、また、ア～オのいずれかに○が付されていること。

○ 診断書⑫欄「腎疾患(平成 年 月 日現症)」

「⑩計測」、「⑪一般状態区分表」及び「⑫腎疾患」の欄が記入されていること。また、次の項目についても確認すること。

- ・ ⑫1(3)欄 過去6月における2回以上の検査成績をそれぞれ記入すること。「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法または改良型BCP法のいずれかを○で囲んであること。
- ・ 人工透析療法の導入後は、毎回の透析実施前の検査成績を記入すること。
- ・ ⑫3欄 人工透析療法を実施している場合は、血液透析、腹膜透析または血液濾過のうち、実施したもの全てに○をつけ、最初に実施した人工透析療法の開始日が記入されていること。
- ・ 腎移植を受けている場合は、「4その他の所見」に腎移植の移植日が記入されていること。

(注) 人工透析療法施行中の場合は、その原因(要因)となった傷病の初診日から起算して1年6月を経過する前に、人工透析療法を初めて受けた日から起算して3月を経過した日が到来した場合は、その到来日が障害認定日となる。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(腎疾患、肝疾患、糖尿病の障害用) (2/2)

障 害 の 状 態																																																																																																													
<p>肝疾患 (平成 年 月 日現症) (糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(16)、腎疾患(25)の欄にも必要事項を記入してください。)</p>																																																																																																													
<p>1 臨床所見</p> <p>(1)自覚症状 (2)他覚所見</p> <p>全身倦怠感 (無・有・著) 肝著痛 (無・有・著)</p> <p>発熱 (無・有・著) 脾腫大 (無・有・著)</p> <p>食欲不振 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著)</p> <p>悪心・嘔吐 (無・有・著) 腹水 (無・有・著)</p> <p>皮膚さう痒感 (無・有・著) 有(随治性)</p> <p>有痛性筋痙攣 (無・有・著) 黄疸 (無・有・著)</p> <p>吐血・下血 (無・有・著) 胸壁静脈怒張 (無・有・著)</p> <p>肝性脳症 (無・有(度))</p> <p>出血傾向 (無・有・著)</p>	<p>(3)検査成績 (記入上の注意を参照)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設基準値</th> <th>...</th> <th>...</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AST(GOT) IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT(GPT) IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>γ-GTP IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清ビリルビン mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ASTはマクマラー IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白 g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BCL法・BCP法・改良BCP法</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A/G比</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数 ×10³/μL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>プロトロン時間 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>フィブリン原 mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アンモニア μg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AFP ng/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PIVKA-II mAU/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アルコール性肝硬変の場合</td> <td>180日以上アルコールを摂取していない。</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>進捗して必要に応じて実施している。</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	検査項目	検査日	施設基準値	AST(GOT) IU/L						ALT(GPT) IU/L						γ-GTP IU/L						血清ビリルビン mg/dL						ASTはマクマラー IU/L						血清総蛋白 g/dL						血清アルブミン g/dL						BCL法・BCP法・改良BCP法						A/G比						血小板数 ×10 ³ /μL						プロトロン時間 %						フィブリン原 mg/dL						血清アンモニア μg/dL						AFP ng/mL						PIVKA-II mAU/mL						アルコール性肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○・×)	(○・×)	(○・×)			進捗して必要に応じて実施している。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	
検査項目	検査日	施設基準値																																																																																																								
AST(GOT) IU/L																																																																																																													
ALT(GPT) IU/L																																																																																																													
γ-GTP IU/L																																																																																																													
血清ビリルビン mg/dL																																																																																																													
ASTはマクマラー IU/L																																																																																																													
血清総蛋白 g/dL																																																																																																													
血清アルブミン g/dL																																																																																																													
BCL法・BCP法・改良BCP法																																																																																																													
A/G比																																																																																																													
血小板数 ×10 ³ /μL																																																																																																													
プロトロン時間 %																																																																																																													
フィブリン原 mg/dL																																																																																																													
血清アンモニア μg/dL																																																																																																													
AFP ng/mL																																																																																																													
PIVKA-II mAU/mL																																																																																																													
アルコール性肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○・×)	(○・×)	(○・×)																																																																																																									
	進捗して必要に応じて実施している。	(○・×)	(○・×)	(○・×)																																																																																																									
<p>2 Child-Pughによるgrade A (5・6) B (7・8・9) C (10・11・12以上)</p>																																																																																																													
<p>3 肝生検 無・有 (検査年月日(平成 年 月 日)) 所見 グレード () ステージ ()</p>																																																																																																													
<p>4 食道・胃などの静脈瘤 (1)無・有 (検査年月日(平成 年 月 日)) (2)吐血・下血の既往 無・有 () 回 (3)治療歴 無・有 () 回</p>																																																																																																													
<p>5 ヘパトマ治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈造影術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回</p>																																																																																																													
<p>6 特発性細菌性胆管炎その他肝臓疾患に付随する病態の治療歴 所見</p>																																																																																																													
<p>7 治療の内容 (1)利尿剤 (無・有) (4)アルブミン・血漿製剤 (無・有) (2)特殊アミノ酸製剤 (無・有) (5)血小板輸血 (無・有) (3)抗ウイルス療法 (無・有) (6)その他 具体的内容</p>																																																																																																													
<p>8 その他の所見 (1)肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過 (2)その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成 年 月 日)</p>																																																																																																													
<p>10 糖尿病 (平成 年 月 日現症) (腎合併症を認める例では、腎疾患(16)の欄にも必要事項を記入してください。)</p>																																																																																																													
<p>1 病型 (いずれかの病型に○を付してください。) (1)1型糖尿病 (2)2型糖尿病 (3)その他の型 (病名)</p>																																																																																																													
<p>2 検査成績 (記入上の注意を参照)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>...</th> <th>...</th> <th>...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c(NGSP) (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)</td> <td>空腹・食後 時間</td> <td>空腹・食後 時間</td> <td>空腹・食後 時間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>血糖値日より前日290日以上継続して高血糖なインスリン治療を実施している</td> <td></td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> <td>(○・×)</td> </tr> <tr> <td>空腹時又は随時血糖Cペプチド濃度(ng/dL)</td> <td>空腹・随時</td> <td>(検査日)</td> <td>...</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		検査項目	検査日	HbA1c(NGSP) (%)					空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)	空腹・食後 時間	空腹・食後 時間	空腹・食後 時間		血糖値日より前日290日以上継続して高血糖なインスリン治療を実施している		(○・×)	(○・×)	(○・×)	空腹時又は随時血糖Cペプチド濃度(ng/dL)	空腹・随時	(検査日)	...																																																																																				
検査項目	検査日																																																																																																									
HbA1c(NGSP) (%)																																																																																																													
空腹時又は食後血糖値 (mg/dL)	空腹・食後 時間	空腹・食後 時間	空腹・食後 時間																																																																																																										
血糖値日より前日290日以上継続して高血糖なインスリン治療を実施している		(○・×)	(○・×)	(○・×)																																																																																																									
空腹時又は随時血糖Cペプチド濃度(ng/dL)	空腹・随時	(検査日)	...																																																																																																										
<p>3 治療状況 (1)インスリンによる (薬名) _____単位/日、_____単位/kg(体重) (2)インスリン以外の治療による (具体的な治療)</p>																																																																																																													
<p>4 合併症 (現状・既往等) (1)眼の障害 無・有 () (2)神経系統の障害 無・有 () (3)肢体の障害 無・有 ()</p>																																																																																																													
<p>11 その他の代謝疾患 (平成 年 月 日現症) (自覚症状・他覚所見・検査成績等)</p>																																																																																																													
<p>15 現症時の日常生活 活動能力及労働能力 (必ず記入してください。)</p>																																																																																																													
<p>17 予後 (必ず記入してください。)</p>																																																																																																													
<p>25 備考</p>																																																																																																													
<p>上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 _____ 診療担当科名 _____ 所在地 _____ 医師氏名 _____ 印 _____</p>																																																																																																													

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

- 診断書⑬欄「肝疾患(平成 年 月 日現症)」

「⑩計測」、「⑪一般状態区分表」及び「⑬肝疾患」の欄が記入されていること。また、次の項目についても確認すること。

 - ・ ⑬1(3)欄 過去6月における2回以上の検査成績をそれぞれ記入すること。「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法または改良型BCP法のいずれかを○で囲んであること。

アルコール性肝硬変の場合は、「1臨床所見(3)検査成績」に180日以上アルコールを摂取していないか、及び、継続して必要な治療を実施しているかについて、該当する箇所に○が付されていること。
 - ・ Child-pughによるgrade 該当する点数を○で囲んであること。
 - ・ 肝移植を受けている場合は、「8 その他の所見」の肝移植の有無と併せて移植日が記入されていること。
- 診断書⑭欄「糖尿病(平成 年 月 日現症)」

「⑩計測」、「⑪一般状態区分表」及び「⑭糖尿病」の欄が記入されていること。
- 診断書⑯欄「現症時の日常生活活動能力及び労働能力」

障害の程度の認定にあたって重要な意味を持ちますので、現症時において日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのか等が必ず記入されていること。
- 診断書⑰欄「予後」

診断時点において断定できない場合にあっても、「不詳」等と必ず記入されていること。
- 診断書作成年月日等
診断書の作成年月日等の記入漏れがないこと。

【ポイント】

初診時(1番最初に受診した医療機関)の医師の証明が添付できない場合であって、請求者から健診日を初診日とするよう申立てがある場合は、障害年金の初診日に関する調査票〔腎臓・膀胱の病気用〕、〔肝臓の病気用〕、〔糖尿病用〕を確認すること。

第9章 共通資料

共通資料 2 診断書様式ごとの留意事項

(血液・造血器その他の障害用) (1/2)

(他) 国民年金 厚生年金保険			診 断 書			(血液・造血器 その他の障害用)		
氏名 (フリガナ) 氏 名				生年月日	昭和 平成	年 月 日 生 (歳)	性別	男・女
住 所		都道府県		都市 区				
① 障害の原因 となった 傷病名		② 傷病の発生日			昭和 平成	年 月 日	※ 最長で記載して 本人の申告する日 (年 月 日)	
		③ ①のため初めて医 師の診察を受けた日			昭和 平成	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み 有 ・ 無 ・ 不詳			
※ 診断書作成(受取)後変更が おこなわれた旨 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)								
⑧ 現在までの治療の内 容、反応、期間、経過、 その上の参考となる事項		診療回数		年 回	回	月 回	回	日
⑨ 現在の症状、その他 参考となる事項								
身長		cm	体重	kg	視力	左 右	聴力	左 右
年齢		歳	性別		病歴	現在	過去	手術
血 圧		mmHg	調 査 時 点		心 電 図	現在	過去	結果
呼吸			調 査 時 点		胸 像	現在	過去	結果
脈 拍			調 査 時 点		静脈硬化	現在	過去	結果
腎 能			調 査 時 点		腎臓	現在	過去	結果
消化器			調 査 時 点		肝臓	現在	過去	結果
泌尿器			調 査 時 点		胆嚢	現在	過去	結果
骨格			調 査 時 点		腰椎	現在	過去	結果
その他			調 査 時 点		その他	現在	過去	結果
⑩ 一 般 状 態 区 分 表 (平成 年 月 日) ※該当するものを斜線(スラッシュ)で記入してください。								
ア 無症状で社会活動が2A、制限がないか、あるいは、無症状の場合、あるいは、 イ 軽微な症状があり、身体労働に制限があるが、軽労働に制限はないか、あるいは、軽労働に制限があるが、 ロ 身体労働に制限があるが、日常生活に制限はないか、あるいは、日常生活に制限があるが、 ハ 軽微な症状があり、日常生活に制限があるが、日常生活に制限はないか、あるいは、日常生活に制限があるが、 ニ 軽微な症状があり、日常生活に制限があるが、日常生活に制限はないか、あるいは、日常生活に制限があるが、								
障 害 の 状 態								
血液・造血器 (平成 年 月 日 現在)								
1 臨床所見		① 検査成績			② 検査成績が異常な時 (年 月 日)			
① 自覚症状								
② 自覚症状								
③ 自覚症状								
④ 自覚症状								
⑤ 自覚症状								
⑥ 自覚症状								
⑦ 自覚症状								
⑧ 自覚症状								
⑨ 自覚症状								
⑩ 自覚症状								
⑪ 自覚症状								
⑫ 自覚症状								
⑬ 自覚症状								
⑭ 自覚症状								
⑮ 自覚症状								
⑯ 自覚症状								
⑰ 自覚症状								
⑱ 自覚症状								
⑲ 自覚症状								
⑳ 自覚症状								
㉑ 自覚症状								
㉒ 自覚症状								
㉓ 自覚症状								
㉔ 自覚症状								
㉕ 自覚症状								
㉖ 自覚症状								
㉗ 自覚症状								
㉘ 自覚症状								
㉙ 自覚症状								
㉚ 自覚症状								
㉛ 自覚症状								
㉜ 自覚症状								
㉝ 自覚症状								
㉞ 自覚症状								
㉟ 自覚症状								
㊱ 自覚症状								
㊲ 自覚症状								
㊳ 自覚症状								
㊴ 自覚症状								
㊵ 自覚症状								
㊶ 自覚症状								
㊷ 自覚症状								
㊸ 自覚症状								
㊹ 自覚症状								
㊺ 自覚症状								
㊻ 自覚症状								
㊼ 自覚症状								
㊽ 自覚症状								
㊾ 自覚症状								
㊿ 自覚症状								
2 治療状況		① 赤血球輸血 (月 回)			② 血小板輸血 (月 回)			
		③ 補赤療法 (月 回)			④ 新鮮凍結赤血球 (月 回)			
		⑤ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑥ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑦ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑧ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑨ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑩ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑪ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑫ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑬ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑭ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑮ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑯ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑰ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑱ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑲ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		⑳ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉑ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉒ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉓ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉔ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉕ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉖ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉗ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉘ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉙ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉚ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉛ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉜ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉝ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉞ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㉟ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊱ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊲ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊳ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊴ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊵ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊶ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊷ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊸ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊹ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊺ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊻ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊼ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊽ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊾ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						
		㊿ 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合 (平成 年 月 日)						

(お願い) 臨床所見等は、診断書に記載していただく。本人の申告する日、または「本人の申告する日」を記入してください。

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。)

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(1)主な傷病名

再生不良性貧血、骨髄性白血病、血友病、クローン病、直腸腫瘍、膀胱腫瘍、ヒト免疫不全ウイルス感染症・その続発症、慢性疲労症候群、化学物質過敏症 など

(2)留意事項

○ 診断書①欄～①欄

診断書①欄から①欄の記載事項(障害の原因となった傷病名、初めて医師の診療を受けた日等)は、障害の状態にかかる診断記録とともに、年金の審査で不可欠な事項となるので、記入漏れがないこと。

診断書②と③欄の「本人申立て」に○が付されている場合は、()内にその申立て年月日が必ず記入されていること。(本人の申立てが、診断書作成医療機関の初診時間診で確認できるのか、診断書を持参したときの申立てなのか判断するため。)

○ 診断書②欄「一般状態区分表(平成 年 月 日)」

いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるので、必ず現症日(平成 年 月 日)が記入されていること。また、ア～オのいずれかに○が付されていること。

○ 診断書③欄「血液・造血器(平成 年 月 日現症)」

傷病名が再生不良性貧血や骨髄性白血病等の場合は、この欄が記入されていること。また、いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるので、現症日が記入されていること。

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

(血液・造血器その他の障害用) (2/2)

<p>⑭ 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)</p>																																				
<p>1. 検査成績</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>値</th> <th>平均値</th> </tr> <tr> <td>CD陽性Tリンパ球数</td> <td></td> <td>/μl</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(現症日以前の4週間以上の間隔を置いて実査した連続する直近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。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>値</th> <th>平均値</th> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td></td> <td>/μl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン量</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td></td> <td>万/μl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>HIV-RNA量</td> <td></td> <td>コピー/μl</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(現症日以前の4週間以上の間隔を置いて実査した連続する直近2回の検査結果を記入してください。)</p>	検査項目	検査日	単位	値	平均値	CD陽性Tリンパ球数		/μl			検査項目	検査日	単位	値	平均値	白血球数		/μl			ヘモグロビン量		g/dl			血小板数		万/μl			HIV-RNA量		コピー/μl			<p>2. 身体症状等</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>④ 1日に3回以上の嘔吐あるいは水様下痢が月に7日以上ある (有・無)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>(①~⑦の症状を除く) (抗HIV療法を実施している場合) (有・無)</p> <p>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)</p> <p>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)</p> <p>⑩ 前医的的理由により抗HIV療法ができない状態である (はい・いいえ)</p>
検査項目	検査日	単位	値	平均値																																
CD陽性Tリンパ球数		/μl																																		
検査項目	検査日	単位	値	平均値																																
白血球数		/μl																																		
ヘモグロビン量		g/dl																																		
血小板数		万/μl																																		
HIV-RNA量		コピー/μl																																		
<p>3. 現在持続している副作用の状況</p> <p><input type="checkbox"/> 代謝異常 <input type="checkbox"/> リネオトロフィー <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</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)</p>	<p>4. エイズ発症の既往の有無</p> <p>有・無</p>																																			
<p>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</p> <p>はい・いいえ</p>																																				
<p>6. 肝炎の状況 (<input type="checkbox"/> 薬剤性 ・ <input type="checkbox"/> B型 ・ <input type="checkbox"/> C型 ・ <input type="checkbox"/> 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。)</p>																																				
<p>(1) 検査所見</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>値</th> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A S T (G O T)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A L T (G P T)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間</td> <td></td> <td>延長秒</td> <td></td> </tr> <tr> <td>総ビリルビン(※)</td> <td></td> <td>mg/dl</td> <td></td> </tr> </table>	検査項目	検査日	単位	値	血清アルブミン		g/dl		A S T (G O T)				A L T (G P T)				プロトロンビン時間		延長秒		総ビリルビン(※)		mg/dl		<p>(2) 臨床所見</p> <p>食道筋縮 無・有 (内視鏡による、X線造影による、その他())</p> <p>肝硬変 無・有 (代償性、非代償性)</p> <p>肝細胞癌 無・有</p> <p>肝性脳症 無・有 (1年以内に発症したことがある)</p> <p>腹水 無・有 (著)</p> <p>消化管出血 無・有 (1年以内に発症したことがある)</p> <p>(※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用 無・有)</p>											
検査項目	検査日	単位	値																																	
血清アルブミン		g/dl																																		
A S T (G O T)																																				
A L T (G P T)																																				
プロトロンビン時間		延長秒																																		
総ビリルビン(※)		mg/dl																																		
<p>⑮ その他の障害 (平成 年 月 日現症)</p>																																				
<p>1. 症状</p> <p>(1) 自覚症状</p>	<p>2. 検査成績</p> <p>(1) 血液・生化学検査</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>施設基準値</th> <th>値</th> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td></td> <td>万/μl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン濃度</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td> <td></td> <td>%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	検査項目	検査日	単位	施設基準値	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	検査日	単位	施設基準値	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																																		
<p>(2) 他覚所見</p>	<p>(2) その他の検査成績</p>																																			
<p>3. 人工臓器等</p> <p>(1) 人工肛門造設 無・有 造設年月日: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</p> <p>(2) 尿管変更術 無・有 造設年月日: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)</p> <p>(3) 新膀胱造設 無・有 手術年月日:平成 年 月 日 (6) その他の手術 無・有 () 平成 年 月 日</p>																																				
<p>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)</p>																																				
<p>⑰ 予 後 (必ず記入してください)</p>																																				
<p>⑱ 備 考</p>																																				
<p>上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日</p>																																				
<p>病院又は診療所の名称 診療担当科名</p>																																				
<p>所 在 地 医師氏名 印</p>																																				

第9章 共通資料

共通資料2 診断書様式ごとの留意事項

○ 診断書⑭欄「免疫機能障害(平成 年 月 日現症)」

傷病名がヒト免疫不全ウイルス感染症及びその続発症の場合は、この欄が記入されていること。また、いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるため、現症日が記入されていること。

※ 各般の事情により具体的な病名が記入されない場合がありますが、個人情報の保護には、十分留意した事務処理を要すること。

○ 診断書⑮欄「その他障害(平成 年 月 日現症)」

傷病名が直腸腫瘍や膀胱腫瘍等の場合は、この欄が記入されていること。また、いつの時点の障害の状態であるか判断するうえで重要な事項となるため、現症日が記入されていること。

(注)人工肛門造設した者が2級となる場合の障害認定日

障害の状態	障害認定日
人工肛門を造設し、かつ、新膀胱を造設した場合	人工肛門造設から起算して6月を経過した日または新膀胱造設日のいずれか遅い日(※)
人工肛門を造設し、かつ、尿路変更術を施した場合	人工肛門造設日又は尿路変更術を施した日のいずれか遅い日から起算して6月を経過した日(※)
人工肛門を造設し、かつ、完全排尿障害状態にある場合	人工肛門造設日又は完全排尿障害に至った日のいずれか遅い日から起算して6月を経過した日(※)

※ 初診日から起算して1年6月を超える場合を除く。

○ 診断書⑯欄「現症時の日常生活活動能力及び労働能力」

障害の程度の認定にあたって重要な意味を持つので、現症時において日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのか等が必ず記入されていること。

○ 診断書⑰欄「予後」

診断時点において断定できない場合にあっても、「不詳」等と必ず記入されていること。

○ 診断書作成年月日等

診断書の作成年月日等の記入漏れがないこと。

【ポイント】

請求傷病が「化学物質過敏症」の場合は、化学物質過敏症の照会様式が添付されていること。「慢性疲労症候群」の場合は、重症度分類(PS0~PS9)が記入されていることを確認すること。

第9章 共通資料

共通資料3 年金給付受付システム 処理状態コード表

共通資料3 年金給付受付システム 処理状態コード表

項番	状態コード	状態表示	届書の処理状態
1	000	受付	新規受付
2	001	回付受付	他Gから回付された担当G受付
3	002	補正受付	不備補正が必要なものを担当Gへ回付
4	003	補正後再委託	補正して再度委託へ回付
5	005	傷病分離受付	傷病分離による受付
6	006	進達受付	進達受付
7	007	展開受付	展開受付
8	008	返戻後の再受付	返戻後の再受付
9	009	新規受付取消	新規受付登録誤りのみ取消
10	010	本人照会中	本人へ照会中
11	019	本人回答	本人からの回答
12	020	年金事務所照会中	年金事務所へ照会中
13	029	事務所回答	年金事務所からの回答
14	030	他省庁照会中	他省庁へ照会中(共済、労災等)
15	031	他課照会中	他部へ照会中
16	032	市町村照会中	市区町村へ照会中
17	033	外国保険者照会中	外国保険者へ照会中
18	035	他省庁回答	他省庁からの回答
19	036	他部回答	他部からの回答
20	037	市町村回答	市町村からの回答
21	038	外国保険者回答	外国保険者からの回答
22	040	支払機関等照会中	支払機関等へ照会中
23	049	支払機関等回答	支払機関等からの回答
24	050	入力制限中	翌日格納処理後の入力する
25	051	次回へ回付	次サイクルで入力する
26	052	事故補正中	事故処理後に入力する
27	053	回付中	回付中
28	054	内部返戻作成中	内部返戻作成中
29	055	外部返戻作成中	外部返戻作成中
30	056	返戻送付	返戻送付
31	057	外部返戻中	外部返戻中
32	058	展開先登録日	展開先登録日
33	059	遅延送付日	遅延送付日
34	060	認定中	認定担当医師へ認定を依頼中
35	061	認定済(経過)	認定済(経過観察)
36	062	事務所検診等依頼中	年金事務所へ検診等依頼中(日常生活調査を含む)
37	063	医療機関等照会	医療機関等へ照会中
38	064	認定済(増額)	認定済(増額改定)
39	065	認定済(減額)	認定済(減額改定)
40	066	認定済(停止)	認定済(支給停止)
41	067	事務所検診等回答	年金事務所からの検診等の回答
42	068	医療機関等回答	医療機関等からの回答
43	069	認定済(継続)	認定済(継続)
44	070	審査中	主任障害年金専門官及び係員が審査確認中
45	071	キーツ-依頼中	キーツ-入力処理へ依頼中
46	072	オンライン依頼中	オンライン入力処理へ依頼中
47	080	裁定済	裁定請求書裁定済
48	081	旧法裁定済	旧法障害年金裁定済
49	082	手当金裁定済	障害手当金裁定済
50	085	委託終了	委託処理終了
51	086	外部返戻済	外部返戻済
52	087	外部返戻済	外部返戻済
53	088	展開済	展開済
54	090	共済情報交換文書送付	共済情報交換文書送付
55	091	本人へ返戻	本人へ返戻
56	092	事務所へ返戻・回送	年金事務所へ返戻・回送
57	093	共済へ返戻・回送	共済関係へ返戻・回送
58	094	レントゲン返送	レントゲンフィルムを本人へ返送
59	095	処理不要	処理不要
60	096	通知発送	不支給等通知を本人へ発送
61	097	再裁定処理へ変更	一般の届書から再裁定が必要な場合
62	099	処理完了	処理完了及び編綴所処理へ回付

項目点検チェックシート（障害基礎）

年 月 日 基礎年金番号
 チェック者（事務所等）

年 月 日 請求者氏名

チェック者（障害年金センター）

【年金請求書（国民年金障害基礎年金）】

項目内容	点検内容	事務所等	障害年金センター
①受取機関の確認 (振込事故の防止)	<input type="checkbox"/> 金融機関の証明印があるか。証明印がない場合は通帳の写しが添付され、写しと記載内容が一致しているか（預金種別も確認）。		
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行の場合、記号は左詰めで記入されているか。番号は右詰めに記入されており、最後の数字は「1」であるか。		
	<input type="checkbox"/> 請求者のカナ氏名と口座名義カナ氏名が完全に一致しているか。		
	<input type="checkbox"/> 金融機関名が合致する、正しい金融機関コード・支店コードが記載されているか。		
②加算額対象者（子）の確認（子の加算漏れ防止）	<input type="checkbox"/> 戸籍等より、子の加算額対象者はいないか。		
	<input type="checkbox"/> 加算額対象者の子がいる場合、子の障害の状態は「ある」又は「ない」の該当する一方に〇が付されているか。 (障害状態にある場合は、診断書が必要。)		
	<input type="checkbox"/> 子の加算を希望する場合、配偶者の児童扶養手当証書、児童扶養手当額調書又は障害年金の子の加算請求に係る申出書の添付があるか。 (平成26年11月以前に加算対象期間がある場合)		
④配偶者記録の確認 (記録の漏れや不備の防止)	国民年金第3号被保険者期間がある場合、次の内容を確認する。 (不整合記録については、業務処理要領【マニュアル】国民年金（適用）Ⅲ-4等を参照すること。)		
	<input type="checkbox"/> 健康保険（保険者が健保協会の場合に限る）の被扶養者認定期間と合致しているか。		
	<input type="checkbox"/> 配偶者の第2号被保険者期間と合致しているか。（配偶者が65歳以上で老齢給付の受給権がある場合は、被用者年金制度の被保険者であっても第2号被保険者に該当しない）		
⑤配偶者の公的年金の受給状況 (加給加算もれ・過払い防止)	配偶者の受給状況の欄に記載漏れがないか。 <input type="checkbox"/> (未記入の場合は、配偶者情報等によって年金受給の有無を確認すること。)		
	受給権者である場合 <input type="checkbox"/> 配偶者の原簿記録の配偶者状態は正しく登録されているか。		
	<input type="checkbox"/> 配偶者の年金に、加給年金が支給されているか。 ・遡及裁定の場合で、請求者（老齢満了者）の受給権発生後に配偶者の退職共済年金（老齢満了者）、障害共済年金、老齢厚生年金（共済組合決定分、老齢満了者）が発生している場合、「加給年金額支給停止事由該当届（様式第230号）」が必要。		
④請求者記録の確認 (記録の漏れや不備の防止)	<input type="checkbox"/> 他の年金手帳番号の有無、他の基礎年金番号の有無など、記録不備の有無を確認しているか。（旧姓を含む。） (他の年金手帳番号があった場合、脱退手当金支給済でないか、確認すること。)		
	国民年金第3号被保険者期間がある場合、次の内容を確認する。 (不整合記録については、業務処理要領【マニュアル】国民年金（適用）Ⅲ-4等を参照すること。)		
	<input type="checkbox"/> 健康保険（保険者が健保協会の場合に限る）の被扶養者認定期間と合致しているか。		
	<input type="checkbox"/> 配偶者の第2号被保険者期間と合致しているか。（配偶者が65歳以上で老齢給付の受給権がある場合は、被用者年金制度の被保険者であっても第2号被保険者に該当しない）		
	<input type="checkbox"/> 既に他の傷病による障害給付の受給権者である場合、法定免除期間が合致しているか。 (昭和61年3月以前は、障害年金を事由として法定免除の対象とされるのは、旧国民年金法の障害年金受給権者であった期間のみ。)		
<input type="checkbox"/> 厚生年金第四種被保険者記録がある場合、その資格喪失日において240月（中高齢特例の場合は180月）を越えていないか。			

⑤障害原因の確認 (求償防止、労災給付等 確認もれ防止)	<input type="checkbox"/> 障害原因が第三者行為による場合は、第三者行為事故状況届、確認書、交通事故証明書等が添付されているか		
⑥障害給付の請求事由 (請求種別誤り等の防止)	<input type="checkbox"/> (1)～(4)欄の記入漏れはないか <input type="checkbox"/> 認定日による請求を1年以上遡及して行う場合、現在の症状のほかに、障害認定日時点の診断書の添付があるか <input type="checkbox"/> 「初めて1級または2級」の場合、65歳到達前に初めて2級以上の障害に該当した診断書が添付されているか(請求は65歳到達後でも可。) <input type="checkbox"/> 請求原因が「2. 事後重症による請求」の場合、理由は記入済みか <input type="checkbox"/> 平成6年11月9日前に障害給付を受けたことがある場合、年金証書記号番号、年金コードが記入されているか(参考1) <input type="checkbox"/> 初診日が昭和61年4月1日前、当時の保険料納付要件に該当しない場合、障害基礎年金の特例要件(参考2)を確認したか(初診日が「共済」の場合を含む。) <input type="checkbox"/> 初診日が任意未加入期間である場合、特別障害給付金の請求を確認したか(参考3) <input type="checkbox"/> 障害原因が業務上の傷病やケガに起因する場合は、同じ傷病について、労働者災害補償保険等の有無を確認しているか。 (労働者災害補償保険法による障害(補償)給付⇒労災給付の額にて調整、労働基準法による障害補償⇒年金を6年間停止)		
⑦生計維持証明 (生計維持申立漏れと確認 漏れの防止)	<input type="checkbox"/> 生計同一関係の申立の記入、署名(又は記名押印)等記載漏れがないか。 <input type="checkbox"/> 現に生計維持されている事実について、生計維持の認定に必要な書類は添付されているか(【給付情2011-40】参照) (※老齢給付、遺族給付とは生計維持の時期が異なるため、生計維持認定に必要な書類も異なるため)		
⑧裁定請求書受付年月日 (請求遅延の確認漏れ防止)	<input type="checkbox"/> 受付日が受給権発生日から5年を経過している場合、「年金裁定請求の遅延に関する申立書」の添付がされているか。 (受給権発生日が平成19年7月7日以降であり、かつ、記録の訂正等により時効を援用しないと判断された場合は添付不要。) <input type="checkbox"/> 「時効の取扱いにかかるチェックシート」にて処理区分を確認しているか。		
⑨選択申出書の内容確認 (選択申出内容の誤り防止)	<input type="checkbox"/> 選択関係にある他年金があった場合、「項目点検チェックシート(年金受給選択申出書)」により確認しているか。		
連絡事項			

項目点検チェックシート（障害給付）

年 月 日 基礎年金番号
 チェック者（事務所等）

年 月 日 請求者氏名
 チェック者（障害年金センター）

【年金請求書（国民年金・厚生年金保険障害給付）】

項目内容	点検内容	事務所等	障害年金センター
①年金受取機関の確認 (振込事故の防止)	<input type="checkbox"/> 金融機関の証明印があるか。証明印がない場合は通帳の写しが添付され、写しと記載内容が一致しているか（預金種別も確認）。		
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行の場合、記号は左詰めで記入されているか。番号は右詰めに記入されており、最後の数字は「1」であるか。		
	<input type="checkbox"/> 請求者のカナ氏名と口座名義カナ氏名が完全に一致しているか。		
	<input type="checkbox"/> 金融機関名が合致する、正しい金融機関コード・支店コードが記載されているか。		
②加算額対象者（子）の確認 (子の加算漏れ防止)	<input type="checkbox"/> 戸籍等より、子の加算額対象者はいないか。		
	<input type="checkbox"/> 加算額対象者の子がいる場合、子の障害の状態は「ある」又は「ない」の該当する一方に○が付されているか。 (障害状態にある場合は、診断書が必要。)		
	<input type="checkbox"/> 子の加算を希望する場合、配偶者の児童扶養手当証書、児童扶養手当額調書又は障害年金の子の加算請求に係る申出書の添付があるか。 (平成26年11月以前に加算対象期間がある場合)		
	<input type="checkbox"/> 他の年金手帳番号の有無、他の基礎年金番号の有無など、記録不備の有無を確認しているか。(旧姓を含む。) (他の年金手帳番号があった場合、脱退手当金支給済でないか、確認すること。)		
③請求者記録の確認 (記録の漏れや不備の防止)	国民年金第3号被保険者期間がある場合、次の内容を確認する。 (不整合記録については、業務処理要領【マニュアル】国民年金(適用)Ⅲ-4等を参照すること。)		
	<input type="checkbox"/> 健康保険(保険者が健保協会の場合に限る)の被扶養者認定期間と合致しているか。		
	<input type="checkbox"/> 配偶者の第2号被保険者期間と合致しているか。(配偶者が65歳以上で老齢給付の受給権がある場合は、被用者年金制度の被保険者であっても第2号被保険者に該当しない)		
	<input type="checkbox"/> 既に他の傷病による障害給付の受給権者である場合、法定免除期間が合致しているか。 (昭和61年3月以前は、障害年金を事由として法定免除の対象とされるのは、旧国民年金法の障害年金受給権者であった期間のみ。)		
	<input type="checkbox"/> 厚生年金第四種被保険者記録がある場合、その資格喪失日において240月(中高齢特例の場合は180月)を越えていないか。		
	国民年金第3号被保険者期間がある場合、次の内容を確認する。 (不整合記録については、業務処理要領【マニュアル】国民年金(適用)Ⅲ-4等を参照すること。)		
④配偶者記録の確認 (記録の漏れや不備の防止)	<input type="checkbox"/> 健康保険(保険者が健保協会の場合に限る)の被扶養者認定期間と合致しているか。		
	<input type="checkbox"/> 配偶者の第2号被保険者期間と合致しているか。(配偶者が65歳以上で老齢給付の受給権がある場合は、被用者年金制度の被保険者であっても第2号被保険者に該当しない)		
	<input type="checkbox"/> 配偶者の受給状況の欄に記載漏れがないか。 <input type="checkbox"/> (未記入の場合は、配偶者情報等によって年金受給の有無を確認すること。)		
⑤配偶者の公的年金の受給状況 (加給加算もれ・過払い防止)	受給権者である場合		
	<input type="checkbox"/> 配偶者の原簿記録の配偶者状態は正しく登録されているか。 <input type="checkbox"/> 配偶者の年金に、加給年金が支給されているか。 ・翹及裁定の場合で、請求者(老齢満了者)の受給権発生後に配偶者の退職共済年金(老齢満了者)、障害共済年金、老齢厚生年金(共済組合決定分、老齢満了者)が発生している場合、「加給年金額支給停止事由該当届(様式第230号)」が必要。		

<p>⑥障害給付の請求事由 (請求種別誤り等の防止)</p>	<p><input type="checkbox"/> (1)～(3)欄の記入漏れはないか</p> <p><input type="checkbox"/> 認定日による請求を1年以上遡及して行う場合、現在の症状のほか、障害認定日時点の診断書の添付があるか</p> <p><input type="checkbox"/> 「初めて1級または2級」の場合、65歳到達前に初めて2級以上の障害に該当した診断書が添付されているか(請求は65歳到達後でも可。)</p> <p><input type="checkbox"/> 請求原因が「2. 事後重症による請求」の場合、理由は記入済みか</p> <p><input type="checkbox"/> 平成6年11月9日前に障害給付を受けたことがある場合、年金証書記号番号、年金コードが記入されているか(参考1)</p> <p>初診日が統合共済の場合、次の内容を確認済みか(参考2)</p> <p><input type="checkbox"/> 統合日以後に障害認定日があるか</p> <p><input type="checkbox"/> 統合前に共済組合の障害給付の受給権が発生していないか</p> <p><input type="checkbox"/> 職域加算部分はあるか</p> <p>初診日が共済厚年期間の場合、次の内容を確認済みか(参考2)</p> <p><input type="checkbox"/> 一元化施行日後に障害認定日があるか</p> <p><input type="checkbox"/> 一元化施行日前に共済組合の受給権が発生していないか</p> <p><input type="checkbox"/> 恩給公務員期間や退職一時金返還期間がないか</p> <p><input type="checkbox"/> 初診日が任意未加入期間である場合、特別障害給付金の請求を確認したか(参考3)</p>		
<p>⑦障害原因の確認 (求償防止、労災給付等確認もれ防止)</p>	<p><input type="checkbox"/> 障害原因が第三者行為による場合は、第三者行為事故状況届、確認書、交通事故証明書等が添付されているか</p> <p><input type="checkbox"/> 障害原因が業務上の傷病やケガに起因する場合は、同じ傷病について、労働者災害補償保険等の有無を確認しているか。 (労働者災害補償保険法による障害(補償)給付⇒労災給付の額にて調整、労働基準法による障害補償⇒年金を6年間停止)</p>		
<p>⑧生計維持証明 (生計維持申立漏れと確認漏れの防止)</p>	<p><input type="checkbox"/> 生計同一関係の申立の記入、署名(又は記名押印)等記載漏れがないか</p> <p><input type="checkbox"/> 現に生計維持されている事実について、生計維持の認定に必要な書類は添付されているか(【給付情2011-40】参照) (※老齢給付、遺族給付とは生計維持の時期が異なるため、生計維持認定に必要な書類も異なるため)</p>		
<p>⑨裁定請求書受付年月日 (請求遅延の確認漏れ防止)</p>	<p><input type="checkbox"/> 受付日が受給権発生日から5年を経過している場合、「年金裁定請求の遅延に関する申立書」の添付がされているか。 (受給権発生日が平成19年7月7日以降であり、かつ、記録の訂正等により時効を援用しないと判断された場合は添付不要。)</p> <p><input type="checkbox"/> 「時効の取扱いにかかるチェックシート」にて処理区分を確認しているか</p>		
<p>⑩選択申出書の内容確認 (選択申出内容の誤り防止)</p>	<p><input type="checkbox"/> 選択関係にある他年金があった場合、「項目点検チェックシート(年金受給選択申出書)」により確認しているか。</p>		
<p>連絡事項</p>			

項目点検チェックシート（障害基礎・障害厚生）【障害年金センター用】

- このチェックシートは、障害基礎年金又は障害厚生年金の年金請求書の審査において、使用する。
- 審査担当者は、確認した「主な審査項目」のチェック欄に✓を付す。
- 「〇〇の場合」とある項目について、その場合に該当しないときは、チェック欄を斜線で抹消する。
- ✓を付すことができなかった項目に関し、整備が必要である場合は返戻を行う。

データ印押印欄（チェック日）	
確認者	担当者

課所符号（ ） 進達番号（ ）

項目	主な審査項目	チェック欄	備考
病歴・就労状況等申立書	傷病名、発病日、初診日	年金請求書に記載の傷病名について、傷病ごとに病歴・就労状況等申立書が作成されているか。	1枚に複数の傷病が記載され、個々の状況等が不詳になっていないか。
	発病したときの状態と発病から初診までの間の状況	年金請求書に記載の傷病の他に診断書の既存障害・既往症欄に傷病が記載されている場合、その傷病についても病歴・就労状況等申立書が作成されているか。	請求傷病と障害のある部位が重複せず、相当因果関係がないことが明らか場合は作成不要。
		年金請求書の傷病名、傷病の発生した日及び初診日が、病歴・就労状況等申立書の傷病名、発病日及び初診日と一致しているか。	障害厚生年金の請求において、初診日が昭和61年4月1日より前の場合は発病主義となる。
		発病したときの状態、発病から初診までの間の状況が記入されているか。	発病（先天性疾患は出生時）から初診までの期間、1つの医療機関の受診期間及び受診していない期間が長い場合は、3年から5年ごとに区切って記入されていること。 先天性疾患については、例えば、小学校入学前（幼稚園、保育園）、小学校低学年、小学校高学年、中学生、高校生に区切って日常生活や学校での状況が記入されていること。
	先天性疾患については、出生時から初診までの状況が記入されているか。		
	発病から初診までの間に医療機関を受診した記述がないか。		
治療の経過	初診医療機関の名称、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過などが記入されているか。		
	受診した医療機関ごとに区切って記入されているか。		
	受診していない期間がある場合、その期間についても記入されているか。		
受診していない期間がある場合、その期間について、受診しなかった理由、自覚症状の程度、日常生活の状況などが記入されているか。			再発か継続かの判断材料として必要。
<p>【受診状況等証明書の添付が不要な場合】 以下の3つの要件をすべて満たす場合</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 初診医療機関と診断書作成医療機関とが同一であること 2. 本人申立ての初診日、診断書③及び④欄の記載がすべて同一であること 3. 診断書④欄の記載根拠が「診療録で確認」となっていること 			3つの要件すべてを満たす場合、受診状況等証明書、調査票の審査不要（チェック欄を斜線で抹消）
受診状況等証明書	受診状況等証明書又は受診状況等証明書が添付できない申立書が整備されているか。		障害年金審査業務マニュアルを参照 障害基礎年金⇒P 40,47,48 障害厚生年金⇒P 135,142,143
	氏名、傷病名、発病年月日、傷病の原因又は誘因	複数の傷病が記入されている場合、それぞれの傷病の発病日、初診日が分かるように記入されているか。	
	発病から初診までの経過	前医受診の記載がないか。	記載がある場合、いつの診療録から記載したものであるか確認する。
	記載根拠	いずれかに○が付されているか。	
		複数の記載根拠に○が付されている場合、どの部分がどの根拠に基づいて記入されたものであるかが分かるように記入されているか。	
	受診状況等証明書作成医師	作成年月日、医療機関の名称及び所在地、診療担当科名、医師の氏名及び押印に漏れがないか。	
初診医療機関の受証が添付できない場合、参考となる資料の添付があるか。		障害年金審査業務マニュアルを参照 障害基礎年金⇒P 49～57 障害厚生年金⇒P 144～151	

項目	主な審査項目	チェック欄	備考
調査票	先天性疾患（眼、耳、股関節疾患）の場合、調査票が添付されているか。		初診日が確認できる資料が添付されている場合は、調査票の添付は不要となる。 障害年金審査業務マニュアルを参照 障害基礎年金⇒P41 障害厚生年金⇒P136
	初めて治療目的で医療機関を受診した日の医師が得られない場合であって、請求者から健診で要治療と指示された日を初診日として請求するとき、調査票が添付されているか。		
診断書・共通事項	様式の種類等	診断書の様式が、年金請求書に記載の傷病名、障害が現れている部位・状態からみて合致しているか。	
		年金請求書に記載の傷病名が2つ以上で、障害認定日が傷病別に異なる場合、それぞれの障害認定日の状態を明らかにする診断書が添付されているか。	請求事由が「2事後重症による請求」である場合を除く。
	①～⑨欄	診断書に記入されている氏名、生年月日、性別及び住所が年金請求書に記入されている氏名等と一致しているか。	
		①～⑨欄に記入漏れがないか。	
		②③欄について、「診療録で確認」又は「本人の申立て」のいずれかに○が付されているか。	
		②③欄が「本人の申立て」に○が付されている場合、（ ）内にその申立て年月日が記入されているか。	
		②③欄の記載と、年金請求書及び病歴・就労状況等申立書に記入されている発病日及び初診日が一致しているか。	
		②③④欄が年金請求書に記載されている傷病の発生した日より前の日付になっていないか。	
		⑥欄に前医受診の記載がないか。	前医受診の記載がある場合、前医の受証が必要。
	障害の状態（現症日）	記入漏れがないか。	
		記入された現症日は年金請求書に記載の請求事由に照らして妥当なものか。	障害年金審査業務マニュアルを参照 障害基礎年金⇒P41～43 障害厚生年金⇒P136～138
	現症時の日常生活活動能力及び労働能力	現症時において日常生活がどのような状況であるのか、また、どの程度の労働ができるのか等の記入がされているか。	
予後	記入漏れがないか。	診断時点において断定できない場合であっても「不詳」等の記入がされているか。	
診断書作成医師	作成年月日、病院又は診療所の名称及び所在地、診療担当科名、医師の氏名及び押印に漏れがないか。		
その他	保険料納付要件	納付要件はあるか	初診日が65歳到達日以降にある場合は、65歳到達前の期間で3分の2要件があるか。
	年金請求書	請求日が65歳到達日以降である場合又は老齢基礎年金を繰上げ請求している場合は、請求事由が「1.障害認定日による請求」が選択されているか。	年金請求書記載箇所 障害基礎年金⇒⑨(1)欄 障害厚生年金⇒⑩(1)欄
	障害厚生年金のみ	初診日が65歳到達日以降である場合は、入力帳票欄が「厚生」欄のみ記入されているか。	老齢基礎年金の受給権がない場合を除く。
<連絡事項等>			