

(他)

国民年金
厚生年金保険
船員保険
共済年金

診 断 書

(血液・造血器の障害
その他)

様式第120号の7

1級該当
認定事例

(フリガナ) 氏 名	〇 〇 〇 〇 〇 〇	生年月日	昭和 46 年 9 月 23 日生 (45 歳)	性別	男・女
住 所	住所の郵便番号 〇 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇	東 京 都 府 県	千 代 田 郡 市	霞ヶ関 1-2-2	
① 障害の原因 となった 傷 病 名	脳脊髄液減少症		② 傷病の発生日	昭和 25 年 11 月 1 日	③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日
④ 傷病の原因 又は誘因	不詳	⑤ 既存 障害	なし	⑥ 既往症	なし
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 初診年月日	11月1日以降、起きているときの頭痛をはじめとして、体のあちこちの痛みやだるさがあり、いっこうに改善しないこ とから受診。頭痛(起立性)、頸部痛、背部痛、めまい、ふらつき、全身の倦怠感などがあつた。ほぼ1日中 臥床の状態。 (昭和 25 年 11 月 13 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	臥床安静を指示し、点滴治療を行うも改善なし。MRI・脳槽シンチグラ フィー・CTミエログラフィーによる精査の結果、髄液漏出を認める。ブラッド パッチを2回行ったものの軽快せず、症状は残存している。 診療回数 年間 10回、月平均 0.8回 手術名(ブラッドパッチ) (27 年 4 月 8 日) 手術年月日(26 年 5 月 11 日)				
⑩ 現状の症状、その他 参考となる事項	起立性の頭痛、頸部痛、背部痛、易疲労が著明。立位にて症状が悪化する。				
⑪ 計 測	身長 cm	体重 kg	現在 健康時	kg	握力 kg
(平成 年 月 日)	視野	調節 機能	聴力レベル	最良語音明瞭度	聴力
			右耳	dB	%
			左耳	dB	%
			最大	mmHg	
			最小	mmHg	
⑫ 一般状態区分表(平成 27 年 6 月 8 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			(イ) 骨 髄		
疲 勞 感	(無・有・著)		赤 血 球	×万/μl	有 核 細 胞
動 悸	(無・有・著)		ヘモグロビン濃度	g/dl	巨 核 球
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	%	
出血傾向	(無・有・著)		血 小 板	×万/μl	(ウ) 出血傾向
紫 斑	(無・有・著)		網赤血球数	%	出血時間(法) 分
肝 腫	(無・有・著)		血清総蛋白	g/dl	A P T T (基準値 秒) 秒
脾 腫	(無・有・著)				
3 輸血の回数及び総量			(エ) その他		
回 計	ml		CRP	検査値	LDH
(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 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(					

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			2 身体症状等																																												
検査項目	検査日	単位	・	・	・																																										
CD4陽性Tリンパ球数	/μl																																														
(現症日以前の4週間以上の間隔に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	コピー/ml																																														
(現症日以前の4週間以上の間隔に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。)																																															
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																																												
☐ 代謝異常 ☐ リポアτροφイー ☐ 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)			有 ・ 無																																												
5 回復不能なエイズ合併症のため 介助なく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			(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 27 年 6 月 8 日現症)																																															
1 症状			2 検査成績																																												
(1) 自覚症状			(1) 血液・生化学検査																																												
頭痛、頭部痛、背部痛、しびれ、めまい、ふらつき、歩行困難等あり。			<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>施設基準値</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>赤血球数</td> <td></td> <td>万/μl</td> <td></td> <td></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> <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></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></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> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			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				
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) 他覚所見			(2) その他の検査成績																																												
脊髄MRI検査の結果、硬膜外の水信号病変がみられた。 R1脳槽シンチグラフィにより、1時間後の膀胱内集積を確認。 CTミエログラフィーにより、頸椎下部からの髄液漏出を確認。																																															
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 (4) 自己導尿の常時施行 無 ・ 有 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 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)																																															
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 (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労働能力(必ず記入してください)																																															
まっすぐ立つことが出来ない。歩行も困難。食事を摂ったり、排せつをするのにも他人の介助が必要な状態。ほぼ終日臥床しており、労働能力は悪い。																																															
⑰ 予 後 (必ず記入してください)																																															
症状が持続しており、今後、長期間治療の必要がある。予後は不良。																																															
⑱ 備 考																																															

上記のとおり、診断します。

平成 27 年 6 月 20 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病 院

診療担当科名 脳神経外科

所 在 地 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○

医師氏名 ○ ○ ○ ○

印

＜脳脊髄液減少症 1 級＞

(付 記)

- 本例は、初診日が平成25年11月13日であるので、障害認定日は1年6月後の平成27年5月13日となる。
この診断書の障害の状態は、平成27年6月8日現症のもので、障害認定日以降3月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。
- 傷病は脳脊髄液減少症であるので、診断書⑧～⑩、⑫、⑮1、⑯、⑰欄は必ず記載されていなければならない。
- 医師から、日常生活に関する指導が行われている場合は、⑨欄にその内容を記載してもらうこと。
- ブラッドパッチ等が行われている場合は、⑨「手術歴」欄に記載してもらうこと。
- 脳脊髄液減少症に関する検査が行われている場合は、⑮1(2)欄に検査の内容と結果を記載してもらうこと。
- ⑯欄には、どのようなことに生活の不自由さが生じ、他人の介助・援助を要しているか、日中どのくらい就床しているか等、日常生活の状況や労働能力について、できるだけ詳しく記載してもらうこと。

■認 定

検査の結果、脳脊髄液の漏出が認められたため、ブラッドパッチを行ったものの、起立性の頭痛をはじめとした症状が残っている。一般状態区分がオであり、日常生活活動能力が歩行困難というだけでなく、食事や排せつも他人の介助がないと困難な状態となっており、ほぼ終日就床して過ごしていることから、「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」に該当すると認められるので、1級9号と認定される。

様式第120号の7

2級該当
認定事例

(他)

国民年金
厚生年金保険
船員保険
共済年金

診 断 書

(血液・造血器の障害
その他の障害)

(フリガナ) 氏 名	〇 〇 〇 〇 〇 〇		生年月日	昭和 平成	54 年 5 月 25 日生 (37 歳)	性別	男・女		
住 所	住所の郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇 東京 都道府県 千代田 郡市 霞ヶ関1-2-2								
① 障害の原因 となった 傷 病 名	脳脊髄液減少症		② 傷病の発生日	昭和 平成	23 年 9 月 9 日	診察録で確認 本人の申立て (25年6月20日)			
④ 傷病の原因 又は誘因	不詳 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)		③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日	昭和 平成	23 年 9 月 9 日	診察録で確認 本人の申立て (25年6月20日)			
⑤ 既存 障 害	なし		⑥ 既往症	なし					
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 25 年 6 月 20 日)	症状: 起立性頭痛、嘔気、めまい、頸部痛、倦怠 他院での髄液圧測定は2回とも低位(0cmH ₂ O)								
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	H25.7.2~7.8入院。髄液圧4cm水位。CTミエロで頭・腰椎で髄液の もれが見つかり、ブラッドパッチを施行。効果乏しく、H26.4.11とH27.4.11 に人工髄液注入を行ったが、効果見られず。				診療回数	年間 6 回、月平均 0.5 回			
⑩ 現状の症状、その他 参考となる事項	頭痛、頸部痛、背部痛、易疲労が著明。立位にて症状が悪化する。								
⑪ 計 測	身長	体重	現在 kg	握力	右 左	視力	右眼 裸眼	矯正	
(平成 年 月 日)	cm	kg	健康時 kg	kg	kg	kg	左眼 裸眼	矯正	
視野	調節機能	聴力レベル	最良語音明瞭度	最大	mmHg				
		右耳 dB	%	血圧	最小	mmHg			
		左耳 dB	%						
⑫ 一般状態区分表 (平成 28 年 4 月 7 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、軽労働や座業はできるもの 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 勞	感 覚	(無・有・著)	赤 血 球	× 万/μl	有 核 細 胞	× 万/μl			
動 悸	感 覚	(無・有・著)	ヘモグロビン濃度	g/dl	巨 核 球	/μl			
息 切 れ	感 覚	(無・有・著)	ヘマトクリット	%	赤 芽 球	%			
発 熱	感 覚	(無・有・著)	白 血 球	/μl	顆 粒 球	%			
関節症状	感 覚	(無・有・著)	顆 粒 球	/μl	リンパ球	%			
易感染性	感 覚	(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	感 覚	(無・有・著)	病的細胞	%	(ウ) 出血傾向				
出血傾向	感 覚	(無・有・著)	血 小 板	× 万/μl	出血時間 (法) 分				
紫 斑	感 覚	(無・有・著)	網赤血球数	%	A P T T (基準値 秒) 秒				
肝 腫	感 覚	(無・有・著)	血清総蛋白	g/dl					
脾 腫	感 覚	(無・有・著)							
3 輸血の回数及び総量			(エ) その他						
回 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 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 (									

本人の申立てで確認した年月日を記入してください。

(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		2 身体症状等																																												
検査項目	検査日	単位	・	・																																										
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ																																													
(現症日以前の4週間以上の間隔に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	コピー/mL																																													
(現症日以前の4週間以上の間隔に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。)																																														
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																																												
☐ 代謝異常 ☐ リポアトフィー ☐ 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)		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		(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 28 年 4 月 7 日現症)																																														
1 症状		2 検査成績																																												
(1) 自覚症状		(1) 血液・生化学検査																																												
頭痛、頸部痛、嘔気、眩暈、倦怠感等を認める。		<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>施設基準値</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>赤血球数</td> <td></td> <td>万/μℓ</td> <td></td> <td></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> <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></td> <td>g/dℓ</td> <td></td> <td></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> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			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				
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) 他覚所見		(2) その他の検査成績																																												
脳MRIで髄液減少所見あり。 CTミエログラフィーで頸椎・腰椎からの髄液漏出を確認。																																														
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 (4) 自己導尿の常時施行 無 ・ 有 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 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) 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 (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 (必ず記入してください)		まっすぐ立つことが出来ず、常に前傾姿勢である。10分以上の歩行や立位の保持が不可能で、家族の援助がないと家事を行うのが難しい。一人での外出が困難であり、買い物等がほとんどできない。日中の半分くらいは横になっている。フルタイムでの勤務は不能。立位での仕事不能。																																												
⑰ 予 後 (必ず記入してください)		症状が持続しており、長期療養の必要がある。																																												
⑱ 備 考																																														

上記のとおり、診断します。

平成 28 年 4 月 19 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病 院

診療担当科名 脳神経外科

所 在 地 ○○市 ○○町 ○○

医師氏名 ○ ○ ○ ○ 印

<脳脊髄液減少症 2級>

(付 記)

- 本例の初診日は、平成23年9月9日で、障害認定日当時の障害の状態が国年令別表及び厚年令別表第1に該当しなかったが、その後障害の程度が悪化したため事後重症として請求してきたものである。
- この診断書の障害の状態は、平成28年4月7日現症のもので、裁定請求日(※ここでは平成28年6月1日と設定)以前3月以内の診断書であるので、裁定請求日の障害の状態はこれで確認できる。
- 傷病は脳脊髄液減少症であるので、診断書⑧～⑩、⑫、⑮1、⑯、⑰欄は必ず記載されていなければならない。
- 医師から、日常生活に関する指導が行われている場合は、⑨欄にその内容を記載してもらうこと。
- ブラッドパッチ等が行われている場合は、⑨「手術歴」欄に記載してもらうこと。
- 脳脊髄液減少症に関する検査が行われている場合は、⑮1(2)欄に検査の内容と結果を記載してもらうこと。
- ⑯欄には、どのようなことに生活の不自由さが生じているか、日中どのくらい就床しているか等、日常生活の状況や労働能力について、できるだけ詳しく記載してもらうこと。

■認 定

検査の結果、脳脊髄液の漏出が認められたため、ブラッドパッチ等を行ったものの、症状が改善せず、起立時の頭痛をはじめとする症状が残存した状態。一般状態区分はエであり、日常生活活動能力より、家事を行うのが難しく、一人で外出できずに買い物が困難な状態であることや、日中の50%以上は就床している状態であることなどから、「日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」に該当すると認められるので、2級15号と認定される。

(他)

国民年金
厚生年金保険
船員保険
共済年金

診 断 書

(血液・造血器
その他の障害)様式第120号の7
3級該当
認定事例

(フリガナ) 氏 名	〇 〇 〇 〇 〇 〇		生年月日	昭和 61 年 11 月 11 日生 (30 歳)	性別	男・女
住 所	住所の郵便番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 東京 府県 千代田 都市 霞ヶ関 1-2-2					
① 障害の原因 となった 傷 病 名	脳脊髄液減少症		② 傷病の発生日	昭和 24 年 11 月 頃	③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日	
④ 傷病の原因 又は誘因	不詳		⑤ 既存 障害	なし	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) 25 年 1 月 22 日)	起立性頭痛、肩こり、背部痛、倦怠感(易疲労)、睡眠障害、集中力低下、記憶力低下、 ボーッとする、読字困難など					
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	外來診療での点滴及び投薬加療。右記入院によるブラッドパッチ治療 (髄液漏れをふさぐ目的で実施)や人工髄液の髄液腔内注入。症状 はやや改善の傾向を示した。		診療回数	年間 3 回、月平均 0.25 回	手術歴	
⑩ 現状の症状、その他 参考となる事項	頭痛、肩こり等、初診時の症状はすべて残存している。		手術名 (①ブラッドパッチ②人工髄液注入)	① 25 年 2 月 18 日 ② 26 年 2 月 14 日		
⑪ 計 測	身長	体重	握力	視力	右眼	裸眼
(平成 年 月 日)	cm	kg	kg	kg	左眼	裸眼
視野	調節機能	聴力レベル	最良語音明瞭度	最大	mmHg	
		右耳	dB	最小	mmHg	
		左耳	dB			
⑫ 一般状態区分表(平成 26 年 7 月 26 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 日現在)						
1 臨床所見			2 血液検査成績 (平成 年 月 日)			
(ア) 自覚症状			(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)		単粒球	/μl	リンパ球	%
易感染性	(無・有・著)		リンパ球	/μl	病的細胞	%
(イ) 他覚所見			病的細胞	%	顆粒球(G)と赤芽球(E)との比(G/E)	
リンパ節腫脹	(無・有・著)		血小板	×万/μl	(ウ) 出血傾向	
出血傾向	(無・有・著)		網赤血球数	%	出血時間 (法) 分	
紫斑	(無・有・著)		血清総蛋白	g/dl	A P T T (基準値 秒) 秒	
肝腫	(無・有・著)					
脾腫	(無・有・著)					
3 輸血の回数及び総量			(エ) その他			
回 計	mℓ		CRP	検査値	LDH	施設基準値
(平成 年 月 日～平成 年 月 日)						検査値
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量			6 その他の所見			
回 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 (						

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		2 身体症状等																																												
検査項目	検査日	単位	・	・																																										
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ			平均値																																										
(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	コピー/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てください。)																																														
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																																												
☐ 代謝異常 ☐ リポアトフィー ☐ 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)		①1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日以上以上の不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く (有・無) ④1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) ⑤1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) (①～⑦の症状を除く)(抗HIV療法を実施している場合) 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) ⑨1年以内に口腔内カンジダ症、带状疱疹、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)																																												
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		(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 26 年 7 月 26 日現症)																																														
1 症状		2 検査成績																																												
(1) 自覚症状		(1) 血液・生化学検査																																												
頭痛、肩こり、背部痛、倦怠感(易疲労)、睡眠障害、集中力低下、記憶力低下、ボーッとする、読字困難など		<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>施設基準値</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> </tbody> </table>			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					
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) 他覚所見		(2) その他の検査成績																																												
R/脳槽シンチグラフィにて、髄液漏出所見 腰椎部での髄液漏出																																														
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 (4) 自己導尿の常時施行 無・有 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 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)																																														
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 (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(必ず記入してください)																																														
記憶力・集中力の低下があり、事務作業も困難である。倦怠感も強くあるため、肉体的労働にも時間的な制約があり、休み休み、かつ短時間しか続けられない。日常生活も、日中臥床していることが多い状態。																																														
⑰ 予後(必ず記入してください)																																														
現在加療を続けているが、著明な改善が見られない。予後不良の可能性が高く、現在の病状で後遺症になると思われる。																																														
⑱ 備考																																														

上記のとおり、診断します。

平成 26 年 8 月 1 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病 院

診療担当科名 脳神経外科

所 在 地 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○

医師氏名 ○ ○ ○ ○

印

<脳脊髄液減少症 3級>

(付 記)

- 本例は、初診日が平成25年1月22日であるので、障害認定日は1年6月後の平成26年7月22日となる。
この診断書の障害の状態は、平成26年7月26日現症のもので、障害認定日以降3月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。
- 傷病は脳脊髄液減少症であるので、診断書⑧～⑩、⑫、⑮1、⑯、⑰欄は必ず記載されていなければならない。
- 医師から、日常生活に関する指導が行われている場合は、⑨欄にその内容を記載してもらうこと。
- ブラッドパッチ等が行われている場合は、⑨「手術歴」欄に記載してもらうこと。
- 脳脊髄液減少症に関する検査が行われている場合は、⑮1(2)欄に検査の内容と結果を記載してもらうこと。
- ⑯欄には、どのようなことに生活の不自由さが生じているか、日中どのくらい就床しているか等、日常生活の状況や労働能力について、できるだけ詳しく記載してもらうこと。

■認 定

検査の結果、脳脊髄液の漏出が認められたため、ブラッドパッチ等を行ったが、症状の改善が若干にとどまっており、起立性頭痛等の症状が残存した状態になっている。

これらの症状により、日中の50%以上は起居しているものの、労働の内容や時間の制約を受けていることから、「労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」に該当すると認められるので、3級12号と認定される。