

診 断 書

〔血液・造血器
その他の障害用〕

国民年金
厚生年金保険

他

(フリガナ) 氏 名	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○					生年月日	昭和 平成	44 年 9 月 12 日生 (42 歳)			性別	男 ・ 女		
住 所	住所地の郵便番号					○ ○ 郡市区 ○ ○ ○ 町区 村								
	○	○	○	○	○									
① 障害の原因 となった 傷 病 名	化学物質過敏症					② 傷病の発生年月日	昭和 平成	22 年 2 月 頃 日			診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)			
						③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日	昭和 平成	22 年 5 月 11 日			診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)			
④傷病の原因 又は誘 因	化学物質の曝露 初診年月日(昭和・平成)22年 5月 11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)22年 5月 11日)	平成22年2月頃より、職場の合成洗剤などに反応し動悸、めまい、息切れなどの不定愁訴が出現した。 その後、手足のしびれや脱力感による歩行困難や食欲低下などの症状が続いた。症状は徐々に悪化し、空気中の 化学物質や食べ物や衣類などの化学物質に反応する重症の化学物質過敏症と診断した。													
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	平成22年5月から当院を受診し、薬物療法を行ったが、症状は改善しな かった。治療法は化学物質が少ない食べ物や衣類などの情報を提供し、化 学物質の曝露を少なくすることが重要であるため指導した。					診療回数		年間 12 回、月平均 1 回						
						手術 歴	手術名() 手術年月日(年 月 日)							
⑩ 現状の症状、その他 参 考 と な る 事 項	日常生活は全介助の状態であり、改善する見込みは薄い。													
⑪ 計 測 (平成 年 月 日) 測 定	身長	cm	体重	現在	kg	握力	右	kg	視力	右眼	裸眼		矯正	
				健康時	kg		左	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		血 圧		最高	mmHg				
			右耳	dB	%	最小			mmHg					
			左耳	dB	%									

⑫ 一 般 状 態 区 分 表 (平成 23 年 12 月 17 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のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの											
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 (ア) 自覚症状 疲 労 感 (無 ・ 有 ・ 著) 動 悸 (無 ・ 有 ・ 著) 息 切 れ (無 ・ 有 ・ 著) 発 熱 (無 ・ 有 ・ 著) 関 節 症 状 (無 ・ 有 ・ 著) 易 感 染 症 (無 ・ 有 ・ 著) (イ) 他覚所見 リンパ節腫脹 (無 ・ 有 ・ 著) 出 血 傾 向 (無 ・ 有 ・ 著) 紫 斑 (無 ・ 有 ・ 著) 肝 腫 (無 ・ 有 ・ 著) 脾 腫 (無 ・ 有 ・ 著)					2 血 液 検 査 成 績 (平成 年 月 日) (ア) 末 梢 血 液 (イ) 骨 髄 赤 血 球 × 万 / μ l 有 核 細 胞 × 万 / μ l ヘモグロビン濃度 g / d l 巨 核 球 / μ l ヘマトクリット % 赤 芽 球 % 白 血 球 / μ l 顆 粒 球 % 顆 粒 球 / μ l リ ン パ 球 % 単 球 % 病 的 細 胞 % リ ン パ 球 / μ l 顆 粒 球 (G) 赤 芽 球 (E) と の 比 (G / E) 病 的 細 胞 ‰ 血 小 板 × 万 / μ l (ウ) 出 血 傾 向 網 赤 血 球 数 ‰ 出 血 時 間 (法) 分 血 清 総 蛋 白 g / d l A P T T (基 準 値 秒) 秒						
3 輸血の回数及び総量 回 計 m l (平成 年 月 日～平成 年 月 日)					(エ) その他						
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量 回 計 m l (平成 年 月 日～平成 年 月 日)					CRP 検査値 LDH 施設基準値 検査値						
5 造血幹細胞移植 無 ・ 有 (平成 年 月 日) 経過 ()					6 そ の 他 の 所 見						

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、
本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

⑭ 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)

1 檢 查 成 績

検査項目	検査日	単位	・	・	平均値
CD4陽性リンパ球数		/ μ l			

(減症日以前の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	/ μ l				
ヘモグロビン量	g/dl				
血小板数	万/ μ l				
HIV-RNA量	コピー/ml				

(減症日以前の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。)

2 身体症状等

- | | |
|--|--------------|
| 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 of 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
(①～⑥の症状を除く) (抗HIV療法を実施している場合) | (有 ・ 無) |
| ⑧生鮮食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、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症
伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある | (有 ・ 無) |
| ⑩医学的理由により抗HIV療法ができない状態である | (はい ・ いいえ) |

3 現在持続している副作用の状況

- ☐ 代謝異常 ☐ リポアトロフィー ☐ 肝障害 ☐ 腎障害 ☐ 精神障害 ☐ 神経障害
☐ その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)

$$\left[\begin{array}{c|c} & \\ \hline & \end{array} \right]$$

4 エイズ発症の既往の有無

有 • 無

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

はい ・ いいえ

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

(1) 検査所見

検査項目	検査日	単位	.	.	.	.
血 清 アルブミン		g/dℓ				
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				

(2) 臨床所見

食道静脈瘤 無 ・ 有 (内視鏡による、X線造影による、その他())
 肝 硬 変 無 ・ 有 (代償性 、 非代償性)
 肝 細 胞 癌 無 ・ 有
 肝 性 脳 症 無 ・ 有 (1年以内に発症したことがある)
 腹 水 無 ・ 有 ・ 著
 消化管出血 無 ・ 有 (1年以内に発症したことがある)
 (※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用 無 ・ 有)

⑮ その他の障害 (平成 23 年 12 月 17 日現症)

1 症 状

(1) 自覺症狀

動けなくなるほどの筋肉痛や脱力感などの運動障害、頭痛、異常発汗、易疲労などの神経症状、嘔吐、下痢などの消化器症状、呼吸困難などの呼吸器症状、動悸などの循環器症状、視力低下、眼の炎症などの眼科的症状、湿疹、かゆみなどの皮膚症状などの多彩な症状が出現している。また、微熱や月経不順がみられる。

(2) 他覺所見

声の発生が弱くて聞き取り難く、筆談が必要であった。

2 檢 查 成 績

(1) 血液・生化学検査

検査項目	検査日	単位	施設基準値	.	.	.	.
赤血球数		万/ $\mu\ell$		/			
ヘモグロビン濃度		g/d ℓ		/			
ヘマトクリット		%		/			
血清総蛋白		g/d ℓ		/			
血清アルブミン		g/d ℓ		/			
				/			
				/			

(2) その他の検査成績

3 人工臓器等

- | | | | | | |
|-------------|-----|-----------------|---------------|-----|---------------------|
| (1) 人工肛門の造設 | 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 |

⑬ 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)

生活環境内の化学物質によって、常に症状が出現している状態である。症状は悪化傾向にあり、全生活を通じて身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

⑰ 予 後
(必ず記入してください)

不明

⑮ 備 考

上記のとおり、診断します。平成 24 年 2 月 6 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病 院

所在地 ○○市 ○○町 ○○

診療担当科名 内科

醫師氏名 ○ ○ ○ ○ 印

<化学物質過敏症 1 級>

(付 記)

- 本例は、初診日が「平成 22 年5月11日」であるので、障害認定日は 1 年 6 月後の平成 23 年11月11日となる。

この診断書の障害の状態は、平成 23 年12月17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「化学物質過敏症」であるので、⑫、⑮、⑯欄は必ず記載されていない。

■ 認 定

障害の程度は、生活環境内の化学物質によって、動けなくなるほどの筋肉痛や脱力感、頭痛、易疲労、嘔吐、下痢、呼吸困難、動悸、視力低下、湿疹などの多様な症状が出現するため、日常生活は全介助の状況となっている。また、一般状態区分は「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」となっていることから、「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。

平成 年 月 日
(照会番号)

〇 〇 〇 〇 様

1 級の事例

障害年金の請求にかかる照会について

化学物質過敏症について障害年金を請求される場合は、次の事項について調査が必要となりますので、診断書の現症日時点の状況を主治医の先生に記入していただき、診断書と一緒に提出してください。

【平成 年 月 日現症】

1 次の項目について、問診していただき該当する□に✓を記入してください。

【 臨床経過と症状 】

- | | | | |
|--|-------------------|--|------------------------------|
| ① 症状の再現性がある。 | } 症状発症と化学物質暴露との間に | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ② ごく微量の化学物質に反応する。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ③ 関連性のない多種類の化学物質に反応するようになる。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ④ 原因物質の除去で、症状が改善するか、治癒する。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ⑤ 症状は一過性でなく、慢性的に持続し、その再発や再燃（症状が再度悪化）がある。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
- ⑥ 症状が多臓器にまたがる。（該当する□に✓を記入してください。）
- ☒ 筋肉・関節症状（痛みやこわばり、脱力感）
 - ☒ 咽頭喉頭粘膜や呼吸器症状（咽頭痛、息切れ、咳）
 - ☒ 心臓・循環器症状（動悸や胸の不快感、しびれ感）
 - ☒ 腹部・消化器症状（おなかの痛み、ぼうまん感、吐き気や下痢）
 - ☒ 精神・神経症状（集中力や思考力の低下、無気力、めまい、立ちくらみ、頭痛、倦怠感、うつ症状、不眠など）
 - ☒ 皮膚症状（発疹、蕁麻疹、アトピー）
 - ☒ 眼科的症状（視力低下、眼がまぶしい、結膜炎様症状）
 - ☐ 感覚障害（嗅覚、味覚障害など）
 - ☒ その他（微熱、月経痛、月経不順）

【 検査成績の異常 】

※検査を行っていない項目を新たに検査して記入する必要はありません。その場合は未施行に✓を記入してください。

- | | | | |
|-----------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| ① 瞳孔反応の異常 | ☒ あり | ☐ なし | ☐ 未施行 |
| ② 視覚空間周波数の閾値の低下 | ☒ あり | ☐ なし | ☐ 未施行 |
| ③ 眼球運動の異常 | ☒ あり | ☐ なし | ☐ 未施行 |
| ④ 重心検査での身体のゆれ | ☒ あり | ☐ なし | ☐ 未施行 |

- ⑤ 脳循環検査での異常 ☒ あり ☐ なし ☐ 未施行
 ⑥ 誘発試験の陽性反応 ☐ あり ☐ なし ☒ 未施行

ありの場合、反応する化学物質名をお書きください。

- ⑦ 免疫系検査（アレルギー検査も含めて） ☐ あり ☒ なし ☐ 未施行
 における明らかな異常所見。

ありの場合、どのような異常が見られますか。

- ⑧ 一般的な検査（胸部・腹部X線検査、心電図、血液検査、検尿など）における異常所見。 ☐ あり ☒ なし ☐ 未施行

異常が見られる検査結果について記入いただくか検査データを添付してください。

2 次の項目について問診していただき、該当する数字を○で囲んでください。

※それぞれの化学物質に反応して、例えば、頭痛、呼吸が苦しくなる、咳き込む、ふらつくなどについて確認するために必要となります。症状の強さを0から10の点数で各項目1カ所に○をつけてください。

(0=まったく反応なし 5=中等度の反応 10=動けなくなるほどの症状)

【 化学物質暴露による反応 】

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. 車の排気ガス | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 2. たばこの煙 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 3. 殺虫剤、除草剤 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 4. ガソリン臭 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 5. ペンキ、シンナー | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 6. 消臭剤、漂白剤、洗剤、床ワックスなど | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 7. 特定の香水、芳香剤、制涼剤 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 8. コールタール、アスファルト臭 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 9. マニキュア、除光液、ヘアスプレー、オーデコロン | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 10. 新しいじゅうたん、カーテン、新車の臭い | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |

【 症 状 】

1. 頭痛、頭の圧迫感、一杯に詰まった感じなどの

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

頭部症状 頭部

2. 眼の刺激、やける感じ、しみる感じ、息切れ、咳の
ような気管や呼吸症状、たん、鼻汁がのどの奥の方へ
流れる感じ、風邪にかかりやすい 粘膜・呼吸器

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3. 動悸、脈のけったい（不整脈）、胸の不安感などの
心臓や胸の症状 心・循環

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

4. お腹の痛み、胃がいれん、膨満感、吐き気、下痢、
便秘のような消化器症状 胃腸

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

5. 陰部のかゆみ、または痛み、トイレに近い、尿失禁、
排尿困難 泌尿器・生殖器

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

(女性の場合には生理時の不快感、苦痛などの症状)

6. 発疹、じんましん、アトピー、皮膚の乾燥感 皮膚

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

7. 筋肉、関節の痛み、けいれん、こわばり、力が抜ける
筋・関節・骨

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

8. めまい、立ちくらみなどの平衡感覚の不調、手足の
協調運動の不調、手足のしびれ、手足のチクチク感、
目のピントが合わない 神経・抹消神経

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

9. 緊張しすぎ、あがりやすい、刺激されやすい、うつ、
泣きたくなったり激情的になったりする。以前興味が
あったものに興味が持てないなどの気分の変調 情緒

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

10. 集中力、記憶力、決断力の低下、無気力なども含めた
思考力の低下 認識

(0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3 次の該当するPS0～PS9のいずれかを○で囲んでください。

米国疾病予防管理センターが1988年に作成したPS (Performance status) を化学物質過敏症に使用しやすくするため「疲労感」や「全身倦怠感」を「症状」に用語を置き換えています。

PS0	症状がなく平常の社会（学校）生活ができ、制限を受けることなく行動できる。
PS1	通常社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、症状を感じるときがしばしばある。
PS2	通常社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、症状のため、しばしば休息が必要である。
PS3	症状のため、月に数日は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休息が必要である。
PS4	症状のため、週に数日は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休息が必要である。
PS5	通常社会（学校）生活や労働（勉強）は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要である。
PS6	調子のよい日には軽作業は可能であるが週のうち50%以上は自宅にて休息が必要である。
PS7	身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常社会（学校）生活や軽労働（勉強）は不可能である。
PS8	身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
PS9	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

4 その他、認定の参考となることがありましたらご教示ください。

下記に署名と捺印も併せてお願いします。

平成 年 月 日	
医療機関名・住所	
医師の氏名	印

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

2級該当
認定事例

(フリガナ) 氏 名	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○					生年月日	昭和 平成	44 年 6 月 4 日生 (42 歳)			性別	男・女						
住 所	住所地の郵便番号					○ ○ 郡市区 ○ ○ ○ 町区 村												
	○	○	○	○	○													
① 障害の原因 となった 傷 病 名	化学物質過敏症					② 傷病の発生年月日			昭和 平成				22 年 5 月 頃 日			診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)		
						③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日			昭和 平成			22 年 6 月 2 日			診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)			
④傷病の原因 又は誘因	空気汚染化学物質 初診年月日(昭和・平成)22年 6月 2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 22年 6月 2日)	自覚症状：眼の痛み、頭痛、吐き気、動悸、過呼吸気味などの多彩な症状を認める。 理学的所見：自律神経弛張、平衡機能障害、軽度の眼球追従運動障害が検出されている。																	
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	日常生活における栄養を含めた生活環境の整備を指導。								診療回数		年間 1 2 回、月平均 1 回							
									手術 歴	手術名() 手術年月日(年 月 日)								
⑩ 現状の症状、その他 参 考 と な る 事 項	日常生活は時々介助が必要な状態であり、就労は不能。																	
⑪ 計 測 (平成 年 月 日) (測 定)	身長	cm	体重	現在	kg	握力	右	kg	視力	右眼	裸眼		矯正					
				健康時	kg		左	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		最高	mmHg								
						右耳	dB	%				最低	mmHg					
左耳	dB	%																
⑫ 一 般 状 態 区 分 表 (平成 2 4 年 2 月 6 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のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの																		
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 (ア) 自 覚 症 状 疲 労 感 (無・有・著) 動 悸 (無・有・著) 息 切 れ (無・有・著) 発 熱 (無・有・著) 関 節 症 状 (無・有・著) 易 感 染 症 (無・有・著) (イ) 他 覚 所 見 リンパ節腫脹 (無・有・著) 出 血 傾 向 (無・有・著) 紫 斑 (無・有・著) 肝 腫 (無・有・著) 脾 腫 (無・有・著)					2 血 液 検 査 成 績 (平成 年 月 日) (ア) 末 梢 血 液 赤 血 球 ×万/μℓ ヘモグロビン濃度 g/dℓ ヘマトクリット % 白 血 球 /μℓ 顆 粒 球 /μℓ 単 球 % リ ン パ 球 /μℓ 病的細胞 ‰ 血 小 板 ×万/μℓ 網赤血球数 ‰ 血 清 総 蛋 白 g/dℓ (イ) 骨 髄 有 核 細 胞 ×万/μℓ 巨 核 球 /μℓ 赤 芽 球 % 顆 粒 球 % リ ン パ 球 % 病的細胞 ‰ 顆粒球(G)赤芽球(E)との比 (G/E) (ウ) 出 血 傾 向 出 血 時 間 (法) 分 A P T T (基準値 秒) 秒													
3 輸血の回数及び総量 回 計 mℓ (平成 年 月 日～平成 年 月 日)					(エ) その他													
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量 回 計 mℓ (平成 年 月 日～平成 年 月 日)					CRP 検査値 LDH 施設基準値 検査値													
5 造血幹細胞移植 無・有 (平成 年 月 日) 経過 ()					6 そ の 他 の 所 見													

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、
本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

⑭ 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)

1 檢 查 成 績

検査項目	検査日	単位	・	・	平均値
CD4陽性リンパ球数		/ μ l			

(減症日以前の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	/ $\mu\ell$				
ヘモグロビン量	g/d ℓ				
血小板数	万/ $\mu\ell$				
HIV-RNA量	コピー/mL				

(減症日以前の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。)

2 身体症状等

- | | |
|--|--------------|
| 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 of 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
(①～⑥の症状を除く)(抗HIV療法を実施している場合) | (有 ・ 無) |
| ⑧生鮮食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) |

3 現在持続している副作用の状況

- ☐ 代謝異常 ☐ リポアトロフィー ☐ 肝障害 ☐ 腎障害 ☐ 精神障害 ☐ 神経障害
☐ その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)

$$\left[\begin{array}{c|c} & \\ \hline & \end{array} \right]$$

4 エイズ発症の既往の有無

有 • 無

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

はい ・ いいえ

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

(1) 検査所見

検査項目	検査日	単位		
血 清 アルブミン		g/dℓ		
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		

(2) 臨床所見

食道静脈瘤 無 ・ 有 (内視鏡による、X線造影による、その他())
 肝 硬 変 無 ・ 有 (代償性 、 非代償性)
 肝 細 胞 癌 無 ・ 有
 肝 性 脳 症 無 ・ 有 (1年以内に発症したことがある)
 腹 水 無 ・ 有 ・ 著
 消化管出血 無 ・ 有 (1年以内に発症したことがある)
 (※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用 無 ・ 有)

⑮ その他の障害 (平成 24 年 2 月 6 日現症)

1 症 状

(1) 自覺症狀

動けなくなるほどの頭痛、めまい、動悸、吐き気、倦怠感、のどや眼の痛み、視力低下感、思考力、集中力の低下などの多彩な症状が空気汚染化学物質により容易に誘発、増悪する。

(2) 他覺所見

尿、一般生化学検査、血液検査では異常なし。
理学的所見としては、平衡機能障害、眼球追従運動障害がある。

2 檢 查 成 績

(1) 血液・生化学検査

[illegible]

(2) その他の検査成績

3 人工臓器等

- | | | | | | |
|-------------|-----|-----------------|---------------|-----|---------------------|
| (1) 人工肛門の造設 | 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 |

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)

日常生活にも著しい支障が生じており、身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している状態である。

⑬ 予 後
(必ず記入してください)

不明

⑬ 備 考

上記のとおり、診断します。平成 24 年 2 月 6 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病 院
所 在 地 ○○市 ○○町 ○○

診療担当科名 内科

医師氏名 ○ ○ ○ ○ 印

<化学物質過敏症 2級>

(付 記)

- 本例は、初診日が「平成 22 年 6 月 2 日」であるので、障害認定日は 1 年 6 月後の平成 23 年 12 月 2 日となる。

この診断書の障害の状態は、平成 24 年 2 月 6 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「化学物質過敏症」であるので、⑫、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

■ 認 定

障害の程度は、血液・生化学検査にて異常はないが、動けなくなるほどの頭痛、めまい、動悸、吐き気、倦怠感、のどや眼の痛みなどの症状が化学物質により容易に誘発、増悪し、日常生活に著しい支障が生じ、就労は全くできず、一般状態区分は「身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、日中の 50% 以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの」となっていることから、「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。

平成 年 月 日
(照会番号)

〇 〇 〇 〇 様

2級の事例

障害年金の請求にかかる照会について

化学物質過敏症について障害年金を請求される場合は、次の事項について調査が必要となりますので、診断書の現症日時点の状況を主治医の先生に記入していただき、診断書と一緒に提出してください。

【平成 年 月 日現症】

1 次の項目について、問診していただき該当する□に✓を記入してください。

【 臨床経過と症状 】

- | | | | |
|--|-----------------------------------|--|------------------------------|
| ① 症状の再現性がある。 | } 症状発症と化学物質暴露との間に
明らかな因果関係がある。 | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ② ごく微量の化学物質に反応する。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ③ 関連性のない多種類の化学物質に反応するようになる。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ④ 原因物質の除去で、症状が改善するか、治癒する。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ⑤ 症状は一過性でなく、慢性的に持続し、その再発や再燃（症状が再度悪化）がある。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
- ⑥ 症状が多臓器にまたがる。（該当する□に✓を記入してください。）
- ☐ 筋肉・関節症状（痛みやこわばり、脱力感）
 - ☒ 咽頭喉頭粘膜や呼吸器症状（咽頭痛、息切れ、咳）
 - ☒ 心臓・循環器症状（動悸や胸の不快感、しびれ感）
 - ☒ 腹部・消化器症状（おなかの痛み、ぼうまん感、吐き気や下痢）
 - ☒ 精神・神経症状（集中力や思考力の低下、無気力、めまい、立ちくらみ、頭痛、倦怠感、うつ症状、不眠など）
 - ☐ 皮膚症状（発疹、蕁麻疹、アトピー）
 - ☒ 眼科的症状（視力低下、眼がまぶしい、結膜炎様症状）
 - ☐ 感覚障害（嗅覚、味覚障害など）
 - ☐ その他（微熱、月経痛、月経不順）

【 検査成績の異常 】

※検査を行っていない項目を新たに検査して記入する必要はありません。その場合は未施行に✓を記入してください。

- | | | | |
|-----------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| ① 瞳孔反応の異常 | ☒ あり | ☐ なし | ☐ 未施行 |
| ② 視覚空間周波数の閾値の低下 | ☒ あり | ☐ なし | ☐ 未施行 |
| ③ 眼球運動の異常 | ☒ あり | ☐ なし | ☐ 未施行 |
| ④ 重心検査での身体のゆれ | ☒ あり | ☐ なし | ☐ 未施行 |

- ⑤ 脳循環検査での異常 ☒ あり ☐ なし ☐ 未施行
 ⑥ 誘発試験の陽性反応 ☐ あり ☐ なし ☒ 未施行

ありの場合、反応する化学物質名をお書きください。

- ⑦ 免疫系検査（アレルギー検査も含めて） ☐ あり ☒ なし ☐ 未施行
 における明らかな異常所見。

ありの場合、どのような異常が見られますか。

- ⑧ 一般的な検査（胸部・腹部X線検査、心電図、血液検査、検尿など）における異常所見。 ☐ あり ☒ なし ☐ 未施行

異常が見られる検査結果について記入いただくか検査データを添付してください。

2 次の項目について問診していただき、該当する数字を○で囲んでください。

※それぞれの化学物質に反応して、例えば、頭痛、呼吸が苦しくなる、咳き込む、ふらつくなどについて確認するために必要となります。症状の強さを0から10の点数で各項目1カ所に○をつけてください。

(0=まったく反応なし 5=中等度の反応 10=動けなくなるほどの症状)

【 化学物質暴露による反応 】

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. 車の排気ガス | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 2. たばこの煙 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 3. 殺虫剤、除草剤 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 4. ガソリン臭 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 5. ペンキ、シンナー | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 6. 消臭剤、漂白剤、洗剤、床ワックスなど | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 7. 特定の香水、芳香剤、制涼剤 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 8. コールタール、アスファルト臭 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 9. マニキュア、除光液、ヘアスプレー、オーデコロン | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 10. 新しいじゅうたん、カーテン、新車の臭い | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |

【 症 状 】

1. 頭痛、頭の圧迫感、一杯に詰まった感じなどの
頭部症状 頭部 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. 眼の刺激、やける感じ、しみる感じ、息切れ、咳の
ような気管や呼吸症状、たん、鼻汁がのどの奥の方へ
流れる感じ、風邪にかかりやすい 粘膜・呼吸器 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. 動悸、脈のけったい（不整脈）、胸の不安感などの
心臓や胸の症状 心・循環 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
4. お腹の痛み、胃けいれん、膨満感、吐き気、下痢、
便秘のような消化器症状 胃腸 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
5. 陰部のかゆみ、または痛み、トイレに近い、尿失禁、
排尿困難 泌尿器・生殖器 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
(女性の場合には生理時の不快感、苦痛などの症状)
6. 発疹、じんましん、アトピー、皮膚の乾燥感 皮膚 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
7. 筋肉、関節の痛み、けいれん、こわばり、力が抜ける
筋・関節・骨 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
8. めまい、立ちくらみなどの平衡感覚の不調、手足の
協調運動の不調、手足のしびれ、手足のチクチク感、
目のピントが合わない 神経・抹消神経 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
9. 緊張しすぎ、あがりやすい、刺激されやすい、うつ、
泣きたくなったり激情的になったりする。以前興味が
あったものに興味が持てないなどの気分の変調 情緒 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
10. 集中力、記憶力、決断力の低下、無気力なども含めた
思考力の低下 認識 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3 次の該当するPS0～PS9のいずれかを○で囲んでください。

米国疾病予防管理センターが1988年に作成したPS (Performance status) を化学物質過敏症に使用しやすくするため「疲労感」や「全身倦怠感」を「症状」に用語を置き換えています。

PS0	症状がなく平常の社会（学校）生活ができ、制限を受けることなく行動できる。
PS1	通常 of 社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、症状を感じるときがしばしばある。
PS2	通常 of 社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、症状のため、しばしば休息が必要である。
PS3	症状のため、月に数日は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休息が必要である。
PS4	症状のため、週に数日は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休息が必要である。
PS5	通常 of 社会（学校）生活や労働（勉強）は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要である。
PS6	調子のよい日には軽作業は可能であるが週のうち50%以上は自宅にて休息が必要である。
PS7	身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常 of 社会（学校）生活や軽労働（勉強）は不可能である。
PS8	身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
PS9	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

4 その他、認定の参考となることがありましたらご教示ください。

下記に署名と捺印も併せてお願いします。

平成 年 月 日	
医療機関名・住所	
医師の氏名	印

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〕

3級該当
認定事例

(フリガナ) 氏 名		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○						生年月日		昭和 平成41 年 2 月 19 日生 (45 歳)		性別		男・女											
住 所		住所地の郵便番号						○ ○ 郡市区 ○ ○ ○ 町区 村																	
		○	○	○	○	○	○																		
① 障害の原因 となった 傷 病 名		化学物質過敏症						② 傷病の発生年月日		昭和 平成22 年 6 月 頃 日		診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)													
								③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日		昭和 平成22 年 7 月 8 日		診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)													
④傷病の原因 又は誘 因		不 明 初診年月日(昭和・平成 年 月 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 22 年 7 月 8 日)		平成22年6月頃より、めまい、視覚異常、嘔吐、脱力、集中力低下、記憶力低下、思考力低下、下痢、うつ状態 などの症状がみられる。これらの症状は、洗剤、シャンプー、香水、工場の臭気などで起こり易く悪化しやすい。																							
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		平成22年7月にタチオン、ハイシー、ユベラを処方するも症状変化なく、 自分にとって悪い臭気を避けて生活している。										診療回数		年間 12 回、月平均 1 回											
												手術 歴		手術名() 手術年月日(年 月 日)											
⑩ 現状の症状、その他 参 考 と な る 事 項		現在も症状は同様で、職場の同僚のシャンプーや洗剤等の臭いに耐えられず、平成23年3月で仕事を辞めている。																							
⑪ 計 測 (平成 年 月 日) (測 定)		身長		cm		現在		kg		握力		右		kg		視力		右眼		裸眼		矯正		mmHg	
						健康時		kg				左		kg				左眼		裸眼					
		視野		調節 機能						聴力レベル		最良語音明瞭度		血 圧		最高		mmHg							
								</																	

⑭ 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)

1 檢 查 成 績

検査項目	検査日	単位	・	・	平均値
CD4陽性リンパ球数		/ μ l			

(減症日以前の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	/ μ l				
ヘモグロビン量	g/dl				
血小板数	万/ μ l				
HIV-RNA量	コピー/ml				

(減症日以前の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。)

2 身体症状等

- | | |
|--|--------------|
| 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 of 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
(①～⑥の症状を除く)(抗HIV療法を実施している場合) | (有 ・ 無) |
| ⑧生鮮食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、帯状疱疹、単純ヘルペスウイルス感染症
伝染性軟属腫、尖圭コンジローム等の日和見感染症の既往がある | (有 ・ 無) |
| ⑩医学的理由により抗HIV療法ができない状態である | (はい ・ いいえ) |

3 現在持続している副作用の状況

- ☐ 代謝異常 ☐ リポアトロフィー ☐ 肝障害 ☐ 腎障害 ☐ 精神障害 ☐ 神経障害
☐ その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)

$$\left[\begin{array}{c|c} & \\ \hline & \end{array} \right]$$

4 エイズ発症の既往の有無

有 • 無

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

はい　・　いいえ

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

(1) 検査所見

	検査日			
検査項目	単位		・ ・	・ ・
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			

(2) 臨床所見

食道静脈瘤 無 ・ 有 (内視鏡による、X線造影による、その他())
 肝 硬 変 無 ・ 有 (代償性 、 非代償性)
 肝 細 胞 癌 無 ・ 有
 肝 性 脳 症 無 ・ 有 (1年以内に発症したことがある)
 腹 水 無 ・ 有 ・ 著
 消化管出血 無 ・ 有 (1年以内に発症したことがある)
 (※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用 無 ・ 有)

⑮ その他の障害 (平成 24 年 1 月 15 日現症)

1 症 状

(1) 自覺症狀

洗剤、シャンプー、香水、芳香剤、殺虫剤等の臭気で、めまい、視覚異常、嘔吐、脱力、集中力低下、記憶力低下、思考力低下、下痢、うつ状態などの症状が出現し、そのために動けなくなり、週のうち数日は自宅にて安静が必要となる。臭気のため、交通機関の利用が困難で買物など外出が困難である。

(2) 他覺所見

臭気に接したときには顔色不良、顔がはれぼったくなる。病状が長引いており、症状の回復に不安を示している。

2 檢 查 成 績

(1) 血液・生化学検査

[illegible]

(2) その他の検査成績

3 人工臓器等

- | | | | | | |
|-------------|-----|-----------------|---------------|-----|---------------------|
| (1) 人工肛門の造設 | 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 |

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)

日常生活に存在する臭気によって、通常の社会生活や労働は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要な状態である。

⑬ 予 後
(必ず記入してください)

不明

⑮ 備 考

上記のとおり、診断します。平成 24 年 1 月 15 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病 院

所在地 ○○市 ○○町 ○○

診療担当科名 内科

醫師氏名 ○ ○ ○ ○ 印

<化学物質過敏症 3級>

(付 記)

- 本例は、初診日が「平成 22 年 7 月 8 日」であるので、障害認定日は 1 年 6 月後の平成 24 年 1 月 8 日となる。

この診断書の障害の状態は、平成 24 年 1 月 15 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「化学物質過敏症」であるので、⑫、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

■ 認 定

障害の程度は、洗剤、シャンプー、香水、芳香剤など日常にありふれた臭気でめまい、視覚異常、嘔吐、脱力、集中力低下、うつ状態などの症状があり、週のうち数日自宅にて安静が必要になるため、ほとんど外出することができず、一般状態区分は「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」となっていることから、「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障害を残すもの」に該当すると認められるので、3 級 12 号と認定される。

平成 年 月 日
(照会番号)

〇 〇 〇 〇 様

3級の事例

障害年金の請求にかかる照会について

化学物質過敏症について障害年金を請求される場合は、次の事項について調査が必要となりますので、診断書の現症日時点の状況を主治医の先生に記入していただき、診断書と一緒に提出してください。

【平成 年 月 日現症】

1 次の項目について、問診していただき該当する□に✓を記入してください。

【 臨床経過と症状 】

- | | | | |
|--|-------------------|--|------------------------------|
| ① 症状の再現性がある。 | } 症状発症と化学物質暴露との間に | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ② ごく微量の化学物質に反応する。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ③ 関連性のない多種類の化学物質に反応するようになる。 | 明らかな因果関係がある。 | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ④ 原因物質の除去で、症状が改善するか、治癒する。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
| ⑤ 症状は一過性でなく、慢性的に持続し、その再発や再燃（症状が再度悪化）がある。 | | ☒ はい | ☐ いいえ |
- ⑥ 症状が多臓器にまたがる。（該当する□に✓を記入してください。）
- ☒ 筋肉・関節症状（痛みやこわばり、脱力感）
 - ☐ 咽頭喉頭粘膜や呼吸器症状（咽頭痛、息切れ、咳）
 - ☐ 心臓・循環器症状（動悸や胸の不快感、しびれ感）
 - ☒ 腹部・消化器症状（おなかの痛み、ぼうまん感、吐き気や下痢）
 - ☒ 精神・神経症状（集中力や思考力の低下、無気力、めまい、立ちくらみ、頭痛、倦怠感、うつ症状、不眠など）
 - ☐ 皮膚症状（発疹、蕁麻疹、アトピー）
 - ☒ 眼科的症状（視力低下、眼がまぶしい、結膜炎様症状）
 - ☐ 感覚障害（嗅覚、味覚障害など）
 - ☐ その他（微熱、月経痛、月経不順）

【 検査成績の異常 】

※検査を行っていない項目を新たに検査して記入する必要はありません。その場合は未施行に✓を記入してください。

- | | | | |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ① 瞳孔反応の異常 | ☐ あり | ☐ なし | ☒ 未施行 |
| ② 視覚空間周波数の閾値の低下 | ☐ あり | ☐ なし | ☒ 未施行 |
| ③ 眼球運動の異常 | ☐ あり | ☐ なし | ☒ 未施行 |
| ④ 重心検査での身体のゆれ | ☐ あり | ☐ なし | ☒ 未施行 |

- ⑤ 脳循環検査での異常 ☐ あり ☐ なし ☒ 未施行
 ⑥ 誘発試験の陽性反応 ☐ あり ☐ なし ☒ 未施行

ありの場合、反応する化学物質名をお書きください。

[]

- ⑦ 免疫系検査（アレルギー検査も含めて） ☐ あり ☐ なし ☒ 未施行
 における明らかな異常所見。

ありの場合、どのような異常が見られますか。

[]

- ⑧ 一般的な検査（胸部・腹部X線検査、心電図、 ☐ あり ☐ なし ☒ 未施行
 血液検査、検尿など）における異常所見。

異常が見られる検査結果について記入いただくか検査データを添付してください。

[]

2 次の項目について問診していただき、該当する数字を○で囲んでください。

※それぞれの化学物質に反応して、例えば、頭痛、呼吸が苦しくなる、咳き込む、ふらつくなどについて確認するために必要となります。症状の強さを0から10の点数で各項目1カ所に○をつけてください。

(0=まったく反応なし 5=中等度の反応 10=動けなくなるほどの症状)

【 化学物質暴露による反応 】

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. 車の排気ガス | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 2. たばこの煙 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 3. 殺虫剤、除草剤 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 4. ガソリン臭 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 5. ペンキ、シンナー | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 6. 消臭剤、漂白剤、洗剤、床ワックスなど | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 7. 特定の香水、芳香剤、制涼剤 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 8. コールタール、アスファルト臭 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 9. マニキュア、除光液、ヘアスプレー、オーデコロン | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 10. 新しいじゅうたん、カーテン、新車の臭い | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |

【 症 状 】

1. 頭痛、頭の圧迫感、一杯に詰まった感じなどの
頭部症状 頭部 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. 眼の刺激、やける感じ、しみる感じ、息切れ、咳の
ような気管や呼吸症状、たん、鼻汁がのどの奥の方へ
流れる感じ、風邪にかかりやすい 粘膜・呼吸器 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. 動悸、脈のけったい（不整脈）、胸の不安感などの
心臓や胸の症状 心・循環 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
4. お腹の痛み、胃けいれん、膨満感、吐き気、下痢、
便秘のような消化器症状 胃腸 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
5. 陰部のかゆみ、または痛み、トイレに近い、尿失禁、
排尿困難 泌尿器・生殖器
(女性の場合には生理時の不快感、苦痛などの症状) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
6. 発疹、じんましん、アトピー、皮膚の乾燥感 皮膚 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
7. 筋肉、関節の痛み、けいれん、こわばり、力が抜ける
筋・関節・骨 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
8. めまい、立ちくらみなどの平衡感覚の不調、手足の
協調運動の不調、手足のしびれ、手足のチクチク感、
目のピントが合わない 神経・抹消神経 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
9. 緊張しすぎ、あがりやすい、刺激されやすい、うつ、
泣きたくなったり激情的になったりする。以前興味が
あったものに興味が持てないなどの気分の変調 情緒 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
10. 集中力、記憶力、決断力の低下、無気力なども含めた
思考力の低下 認識 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3 次の該当するPS0～PS9のいずれかを○で囲んでください。

米国疾病予防管理センターが1988年に作成したPS (Performance status) を化学物質過敏症に使用しやすくするため「疲労感」や「全身倦怠感」を「症状」に用語を置き換えています。

PS0	症状がなく平常の社会（学校）生活ができ、制限を受けることなく行動できる。
PS1	通常 of 社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、症状を感じるときがしばしばある。
PS2	通常 of 社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、症状のため、しばしば休息が必要である。
PS3	症状のため、月に数日は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休息が必要である。
PS4	症状のため、週に数日は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休息が必要である。
PS5	通常 of 社会（学校）生活や労働（勉強）は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要である。
PS6	調子のよい日には軽作業は可能であるが週のうち50%以上は自宅にて休息が必要である。
PS7	身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常 of 社会（学校）生活や軽労働（勉強）は不可能である。
PS8	身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している。
PS9	身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。

4 その他、認定の参考となることがありましたらご教示ください。

下記に署名と捺印も併せてお願いします。

平成 年 月 日
医療機関名・住所
医師の氏名 (印)