

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	49 年 2 月 20 日生(37 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	慢性疲労症候群					② 傷病の発生年月日	昭和 平成	21 年 8 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 4 月 13 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 4 月 13 日)	日常生活に支障をきたす高度の全身倦怠感、熱感、四肢冷感、咽頭痛、全身の筋痛、関節痛、脱力、拍動性頭痛、 軽微な労作でも著しく遷延化する労作後疲労等の身体症状、思考力・集中力・記憶力等の低下、焦燥感等の精神 症状を認め、他覚的にも遷延化した微熱、頸部リンパ節腫脹、咽頭炎を認める。														
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	平成21年8月頃発症し、症状が遷延化するため、平成22年4月13日当院内 科を受診。投薬治療を続けるも症状が悪化し、上記病名を疑われ内科より当 科に紹介、上記診断に至る。以後、ビタミンC、漢方薬を処方し通院加療を 継続するも病状は一進一退。平成23年2月から病状悪化のため休職の上治 療に専念している。重症度分類ではP S 9に相当する。					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	高度の全身倦怠感、易疲労、軽微な労作でも著しく遷延化する労作後疲労感、遷延化した微熱、全身の筋痛・関節 痛を認めほぼ終日臥床を要し、食事、入浴、用便、着替えも介助を要し、外出も困難な状態である。														
⑪ 計 測 (平成 年 月 日) (測 定)	身長	1 4 7 cm	体重	現在	3 9 kg	握力	右	kg		視力	右眼	裸眼		矯正	
				健康時	4 2 kg		左	kg			左眼	裸眼		矯正	
	視野	異常なし	調節 機能	異常なし		聴力レベル	最良語音明瞭度		血压	最高	mmHg				
					右耳	dB		%		最小	mmHg				
							左耳	dB		%					
⑫ 一 般 状 態 区 分 表 (平成 2 3 年 1 1 月 5 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、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 23 年 11 月 5 日現症)

1 症 状

(1) 自覺症狀

高度の全身倦怠感、易疲労、軽微な労作でも著しく遷延化する疲労感、咽頭痛、四肢冷感、リンパ節痛、全身の筋痛及び関節痛、筋脱力、拍動性頭痛、悪心、下痢、動悸、ふらつき等の身体症状、思考力・集中力・記憶力の著しい低下、抑うつ気分等の精神症状、入眠困難、浅眠、中途覚醒の睡眠障害を認める。

(2) 他覺所見

微熱、咽頭痛、頸部リンパ節腫脹を認める。

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/ μl					
ヘモグロビン濃度		g/dl					
ヘマトクリット		%					
血清総蛋白		g/dl					
血清アルブミン		g/dl					

(2) その他の検査成績

一般臨床検査の異常なし

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)

労務不能、身辺のことでも介助を頻々に要し、終日臥床状態。

⑬ 予 後
(必ず記入してください)

不明

18 備考

上記のとおり、診断します。平成 23 年 11 月 5 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

<慢性疲労症候群 1 級>

(付 記)

- 本例は、初診日が「平成 22 年4月13日」であるので、障害認定日は 1 年6月後の平成 23 年10月13日となる。

この診断書の障害の状態は、平成 23 年11月5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「慢性疲労症候群」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、休職し治療に専念していても、高度の全身倦怠感、易疲労、軽微な労作でも著しく遷延化する疲労感、咽頭痛などの症状が強く続いており終日臥床状態となっており、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。また、平成 3 年（平成 7 年一部改変）旧厚生省研究班の重症度分類では、P S 9 に相当することから、「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。

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）

様式第120号の7

2級該当
認定事例

(フリガナ) 氏 名		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○					生年月日		昭和 平成61 年 11 月 11 日生(24 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		慢性疲労症候群						② 傷病の発生年月日		昭和 平成22 年 7 月 27 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 27 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 27 日)		原因不明の激しい疲労感、微熱、筋肉痛、脱力感、関節痛、頭痛、不眠、思考力低下、集中力の低下などの症状が あり、他覚的にも頸部有痛性リンパ節腫脹を認めた。																									
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		安静療養を指導し、ビタミン剤や抗不安薬、抗うつ剤の精神薬、漢方薬や鍼 灸治療も試みるも症状は一進一退である。 重症度分類では、P S 8に相当する。										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		激しい疲労感、だるさなどの初診時と同様の症状が続いている。																									
⑪ 計 測 (平成 年 月 日) 測 定		身長		1 6 9 cm		体重		現在 6 7 kg		握力		右		kg		視力		右眼		裸眼				矯正			
								健康時 5 8 kg				左		kg				左眼		裸眼				矯正			
		視野		異常なし		調節 機能		異常なし				聴力レベル		最良語音明瞭度		血压		最高		mmHg							
										右耳		dB		%				最小				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/μℓ 有核細胞 ×万/μℓ ヘモグロビン濃度 g/dℓ 巨核球 /μℓ ヘマトクリット % 赤芽球 % 白血球 /μℓ 顆粒球 % 顆粒球 /μℓ リンパ球 % 単球 % 病的細胞 % リンパ球 /μℓ 顆粒球(G)赤芽球(E)との比(G/E) 病的細胞 ‰ 血小板 ×万/μℓ (ウ) 出血傾向 網赤血球数 ‰ 出血時間 (法) 分 血清総蛋白 g/dℓ 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)																											
5 造血幹細胞移植 無・有 (平成 年 月 日) 経過 ()																											

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

(お願い)臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い)太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

⑭ 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)

1 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 2 月 6 日現症)

1 症 状

(1) 自覺症狀

高度の全身倦怠感、易疲労、軽度の労作でも著しく遷延化する疲労感、咽頭痛、胸腰部・四肢を中心とした筋痛、筋不快感、頭痛、頭重感等の身体症状、思考力、集中力、記憶力低下等の精神症状、入眠困難、浅眠、中途覚醒、熟睡感の欠如、日中の眠気等の睡眠障害を認める。

(2) 他覺所見

微熱、頸部リンパ節腫脹を認める。

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/ μl					
ヘモグロビン濃度		g/dl					
ヘマトクリット		%					
血清総蛋白		g/dl					
血清アルブミン		g/dl					

(2) その他の検査成績

一般臨床検査異常なし

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)

終日横臥が1ヶ月の70%あり、残りの30%もかろうじて坐位で過ごし、就労不能である。食事、用便、着替えに介助は時々必要である。疲労感のため、入浴は週2、3回しかできず、活動範囲は概ね自宅内に限局している。

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 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

<慢性疲労症候群 2級>

(付 記)

- 本例は、初診日が「平成22年7月27日」であるので、障害認定日は1年6月後の平成24年1月27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「慢性疲労症候群」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、治療を行っても、高度の全身倦怠感や微熱、筋肉痛などの症状が続いており、日中の大半は横になっていることが多く一般状態区分は「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。また、平成3年（平成7年一部改変）旧厚生省研究班の重症度分類では、PS8に相当することから、「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。

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	47 年 10 月 1 日生(38 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	慢性疲労症候群					② 傷病の発生年月日			昭和 平成				22 年 1 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 2 月 28 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 2 月 28 日)	咽頭痛、筋痛、慢性的な疲労感、頭痛、関節痛、微熱、脱力、思考力・集中力低下、抑うつ、意欲低下、物忘れな どを認める。																		
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	向精神薬、漢方薬、ビタミン剤等の投与を行うも慢性的な疲労は続いてお り、一進一退の経過である。 重症度分類では、P S 5に相当する。								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	疲労感、睡眠障害、耳鳴り、羞明、脱力、頭痛、物忘れ、思考力・集中力低下などの症状があり、日常生活に支障 をきたしている。																		
⑪ 計 測 (平成 年 月 日) 測 定	身長	1 6 3 cm		体重	現在	4 5 kg		握力	右	kg		視力	右眼	裸眼			矯正		
					健康時	5 4 kg			左	kg			左眼	裸眼			矯正		
	視野	異常なし		調節 機能	異常なし		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 9 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、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 / μ l ヘモグロビン濃度 g / d l ヘマトクリット % 白 血 球 / μ l 顆 粒 球 / μ l 単 球 % リ ン パ 球 / μ l 病的細胞 ‰ 血 小 板 × 万 / μ l 網赤血球数 ‰ 血 清 総 蛋 白 g / d l (イ) 骨 髄 有 核 細 胞 × 万 / μ l 巨 核 球 / μ l 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 m l (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 回 計 m l (平成 年 月 日～平成 年 月 日)					6 そ の 他 の 所 見								
5 造血幹細胞移植 無 ・ 有 (平成 年 月 日) 経過 ()													

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

(お願い)臨床所見等は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い)太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

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、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 23 年 9 月 17 日現症)

1 症 状

(1) 自覺症狀

激しい疲労感、記憶力低下、脱力、集中力低下、睡眠障害、物忘れ、耳鳴り、微熱、筋肉痛、羞明、頭痛を認める。

(2) 他覺所見

頸部リンパ節の腫大（軽度の圧痛あり）

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/ μl					
ヘモグロビン濃度		g/dℓ					
ヘマトクリット		%					
血清総蛋白		g/dℓ					
血清アルブミン		g/dℓ					

(2) その他の検査成績

一般検査上、特記すべき所見なし

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)

激しい慢性的な疲労感のため、社会生活に支障をきたしているが、日常生活については、介助なしで身の回りのことは可能である。軽作業は可能であるが、週に数日は休息が必要である。

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 23 年 9 月 17 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

＜慢性疲労症候群 ３級＞

（付 記）

- 本例は、初診日が「平成 22年2月28日」であるので、障害認定日は 1 年 6 月後の平成 23年8月28日となる。

この診断書の障害の状態は、平成 23年9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「慢性疲労症候群」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、治療を行っても、激しい疲労感、記憶力低下、脱力、微熱、頸部リンパ節の腫大などの症状が続き、軽作業は可能であるが、週に数日は休息が必要とされており、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。また、平成3年（平成7年一部改変）旧厚生省研究班の重症度分類では、PS5に相当することから、「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。