

(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)

(フリガナ) 氏名	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	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 〇〇〇〇-〇〇〇〇	市区 〇 〇 〇 〇 〇 〇	町区 〇 〇 〇 〇	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	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
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PS9に相当する。	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	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 痛を認めれば終日臥床を要し、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 147 cm	体重 現在 39 kg 健康時 42 kg	握力 右 〇 kg 左 〇 kg	視力 右眼 裸眼 〇 左眼 裸眼 〇	矯正 右眼 〇 左眼 〇
	視野 異常なし	調節 機能 異常なし	聴力レベル 右耳 dB 左耳 dB	最良語音明瞭度 % %	最高 mmHg 最低 mmHg
⑫ 一般状態区分表(平成 23年 11月 5日) (該当するものを選んでどれか一つを○で開んでください。)					
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、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おもあり、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、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		
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 CRP 検査値 LDH 施設基準値 検査値		
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)			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○で開き、
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、斜線により打消してください。)