

予防接種健康被害救済制度

診断書

(障害年金・障害児養育年金請求用)

氏名	厚生 太郎	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日生	男 女
現在の就学状況	有		無	
現在の就労状況	有		無	
就労能力	1 障害のために就労できない	2 障害のために就労に高度の制限を受けている	3 障害のために就労に制限を受けている	4 就労にほとんど制限を受けない

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

I 精神神経障害の程度

診断名			
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日		
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし	
身体所見(神経学的検査所見を含む)		あり( 回/年 月 週 日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他( )	
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度) 知能指数又は発達指数(IQ・DQ)	テスト方式( ) 精神年齢(MA)	テスト不能
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)		
	喫食(ひとりできる 介助があればできる できない) 食事の用意後片付け(ひとりできる 介助があればできる できない) 用便(月経)の始末(ひとりできる 介助があればできる できない) 入浴・洗面・着衣(ひとりできる 介助があればできる できない) 簡単な買い物(ひとりできる 介助があればできる できない) 家族との話(通じる 少しは通じる 通じない) 家族以外の者との話(通じる 少しは通じる 通じない) 刃物・火事の危険(わかる 少しはわかる わからない) 火気の使用(ひとりできる 介助があればできる できない) 戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる 不十分ながら守れる 守れない) 乗り物を利用した外出(ひとりできる 介助があればできる できない) 電話の応対(できる 少しはできる できない) その他		
日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする 3 生活指導を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする 4 生活指導の必要がない	
現在行っている治療			
症状のよくなる見込み			
その他特記すべき事項			
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)			

\* 患者の身体状況等について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

## II 運動障害の程度

診断名	脳出血、左上下肢麻痺					
障害固定又は障害確定(推定)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的 possible 度		
	左肩関節	屈曲	80°	100°		
歩行(平地)	可能( km)	つたい歩き可能	杖使用	不能		
起立位	可能	不能				
座位	正座	横座	あぐら	脚をなげ出して座る	うづくまる	不能
下肢長	右	90 cm	左	90 cm		
握力	右	30 kg	左	0 kg		
運動麻痺	右 左	上肢 弛緩性 痙性	右 左	下肢 不随性 強剛	しんせん 失調	
その他の運動障害	(巧遅性、スピード等) 左上下肢巧緻性低下					
日常生活状況	日常生活能力の判定 (該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)					
	食事	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)		
	用便の始末	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)		
	入浴・洗面	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)		
	着衣その他	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)		
現在行っている治療	外来リハビリテーション					
症状のよくなる見込	無し					
その他特記すべき事項	屋内歩行はT字杖使用により介助なしで可能。外出時は介助により車椅子使用					
上記のとおり診断しました。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 居住地又は勤務先 ○○ 病院 医師氏名(署名) ○○ ○○						

## III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼・言語機能、心機能、腎機能障害等)

診断名				
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日			
障害の状態及び検査所見				
日常生活状況				
現在行っている治療				
症状のよくなる見込				
その他特記すべき事項				
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)				

予防接種健康被害救済制度

診断書

(障害年金・障害児養育年金請求用)

氏名	厚生 太郎	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日生	男 女
現在の就学状況	有		無	
現在の就労状況	有		無	
就労能力	1 障害のために就労できない	2 障害のために就労に高度の制限を受けている	3 障害のために就労に制限を受けている	4 就労にほとんど制限を受けない

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

I 精神神経障害の程度

診断名	左脳梗塞、高次脳機能障害		
障害固定又は障害確定(推定)	令和 〇年 〇月 〇日		
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし	
身体所見(神経学的検査所見を含む)	記銘力低下 認知機能低下(HDS-R 19/30) 言語理解障害のため会話困難	あり( 回/年月週日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他( )	
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度) 知能指数又は発達指数(IQ・DQ)	テスト方式( ) 精神年齢(MA)	テスト不能
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)		
	日常生活能力	喫食(ひとりできる) 食事の用意後片付け(ひとりできる) 用便(月経)の始末(ひとりできる) 入浴・洗面・着衣(ひとりできる) 簡単な買い物(ひとりできる) 家族との話(通じる) 家族以外の者との話(通じる) 刃物・火事の危険(わかる) 火気の使用(ひとりできる) 戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる) 乗り物を利用した外出(ひとりできる) 電話の応対(できる) その他	介助があればできる 介助があればできる 介助があればできる 介助があればできる 介助があればできる 少しは通じる 少しは通じる 少しはわかる 介助があればできる 不十分ながら守れる 介助があればできる 少しはできる
日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする 3 生活指導を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする 4 生活指導の必要がない	
現在行っている治療	訪問リハビリテーション		
症状のよくなる見込み	無し		
その他特記すべき事項			
上記のとおり診断しました。 令和 〇年 〇月 〇日 居住地又は勤務先 〇〇 病院 医師氏名(署名) 〇〇 〇〇			

\* 患者の身体状況等について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

## II 運動障害の程度

診 断 名						
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日					
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類	方向	自動的可能度	他動的 possible 度	
歩行(平地)	可能( km)		つたい歩き可能		不能	
起立位	可能		不能			
座位	正座	横座	あぐら	脚をなげ出して座る	うづくまる	不能
下肢長	右 cm		左 cm			
握力	右 kg		左 kg			
運動麻痺	右 上肢	右 下肢				
	左	左				
	弛緩性	痙性	不随性	強剛	しんせん	失調
その他の運動 障	(巧遅性、スピード等)					
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)					
	食	事		(ひとりできる		介助があればできる
	用便の始末	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
	入浴・洗面	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
	着衣	(ひとりできる		介助があればできる		できない)
その他						
現在行っている 治療						
症状のよくなる 見込						
その他 特記すべき事項						
上記のとおり診断しました。						
年 月 日		居住地又は勤務先 医師氏名(署名)				

## III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼・言語機能、心機能、腎機能障害等)

診 断 名						
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日					
障害の状態 及び検査所見						
日常生活状況						
現在行っている 治療						
症状のよくなる 見込						
その他特記すべき 事項						
上記のとおり診断しました。						
年 月 日		居住地又は勤務先 医師氏名(署名)				

予防接種健康被害救済制度

診断書

(障害年金・障害児養育年金請求用)

氏名	厚生 太郎	生年月日	昭和〇年 〇月 〇日生	男 女
現在の就学状況	有		無	
現在の就労状況	有		無	
就労能力	1 障害のために就労できない	2 障害のために就労に高度の制限を受けている	3 障害のために就労に制限を受けている	4 就労にほとんど制限を受けない

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

I 精神神経障害の程度

診断名			
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日		
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし	
身体所見(神経学的検査所見を含む)		あり( 回/年月週日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他( )	
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度) 知能指数又は発達指数(IQ・DQ)	テスト方式( )	テスト不能 精神年齢(MA)
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)		
	喫食(ひとりできる) 介助があればできる できない)		
日常生活状況	食事の用意後片付け(ひとりできる) 介助があればできる できない)		
	用便(月経)の始末(ひとりできる) 介助があればできる できない)		
	入浴・洗面・着衣(ひとりできる) 介助があればできる できない)		
	簡単な買い物(ひとりできる) 介助があればできる できない)		
	家族との話(通じる) 少しは通じる 通じない)		
	家族以外の者との話(通じる) 少しは通じる 通じない)		
	刃物・火事の危険(わかる) 少しはわかる わからない)		
	火気の使用(ひとりできる) 介助があればできる できない)		
	戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる) 不十分ながら守れる 守れない)		
	乗り物を利用した外出(ひとりできる) 介助があればできる できない)		
電話の応対(できる) 少しはできる できない)			
その他			
日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする	
	3 生活指導を必要とする	4 生活指導の必要がない	
現在行っている治療			
症状のよくなる見込み			
その他特記すべき事項			
上記のとおり診断しました。			
年 月 日		居住地又は勤務先 医師氏名(署名)	

\* 患者の身体状況等について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

## II 運動障害の程度

診 断 名						
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日					
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的 possible 度		
歩行(平地)	可能( km)	つたい歩き可能			不能	
起立位	可能	不能				
座位	正座	横座	あぐら	脚をなげ出して座る	うづくまる	不能
下肢長	右	cm	左	cm		
握力	右	kg	左	kg		
運動麻痺	右 上肢	右 下肢				
	左 弛緩性	性	不随性	強 剛	しんせん	失 調
その他の運動 障	(巧遅性、スピード等)					
日常生活状況	日常生活能力の判定 (該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)					
	食 事	(ひとりできる	介助があればできる	できない)		
	用 便 の 始 末	(ひとりできる	介助があればできる	できない)		
	入 浴 ・ 洗 面	(ひとりできる	介助があればできる	できない)		
	着 衣	(ひとりできる	介助があればできる	できない)		
そ の 他						
現在行っている 治 療						
症状のよくなる 見 込						
そ の 他 特記すべき事項						
上記のとおり診断しました。 年 月 日 居住地又は勤務先 医師氏名(署名)						

## III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼・言語機能、心機能、腎機能障害等)

診 断 名	<b>完全房室ブロック、ペースメーカー植込み術施行</b>					
障害固定又は 障害確定(推定)	令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日					
障害の状態 及び検査所見	<b>動悸、息切れ、呼吸困難、浮腫等認め、心電図で完全房室ブロック所見あり。 安静時においても自己の身の日常生活活動でも症状が生じる。 令和○年○月○日、ペースメーカー植込み術施行。(クラスI、身体活動能力2メッツ)</b>					
日常生活状況	<b>ペースメーカーを植え込んだ状態で、自己の身の日常生活や家庭内での軽い家事等の作業は可能だが、それ以上の活動や労働等は著しい支障がある。</b>					
現在行っている 治 療	<b>定期的な経過観察のための受診継続</b>					
症状のよくなる 見 込	<b>無し</b>					
その他特記すべき 事 項						
上記のとおり診断しました。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 居住地又は勤務先 ○○ 病院 医師氏名(署名) ○○ ○○						