

医師医療機関記入用

【就労不能】 専用診断書

保険金 23.03 (891071)

1. 氏名			カルテ番号 ()	男 女	生年月日	(昭和) (平成) (令和)		年 月 日			
2. 傷病	ア. 入院・手術等の原因 (契機) となった傷病				傷病発生年月日		受診契機		第1回目の入院を指示した日		
					年 月 日		(医師推定) (患者申告) (自覚症状) (前医紹介)		年 月 日		
	イ. アの原因				年 月 日		(医師推定) (患者申告) (健診指摘) (その他)		第1回目の手術を指示した日		
	ウ. 合併症				年 月 日		(医師推定) (患者申告)		健診日: 年 月 日		
エ. アの初診日	年 月 日		転帰	<input type="checkbox"/> 終診 (治療・寛解) <input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 転院 (入院) <input type="checkbox"/> 転院 (通院) <input type="checkbox"/> 手術予定 <input type="checkbox"/> 放射線照射予定 <input type="checkbox"/> 中止							
3. 前医・紹介医	有 無	傷病名: 治療期間: 年 月 日～ 年 月 日 医療機関名:									
4. 入院期間	医療保険届出病床での入院	(1) 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退 院 <input type="checkbox"/> 現在入院中			(2) 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退 院 <input type="checkbox"/> 現在入院中						
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(3) 年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 退 院 <input type="checkbox"/> 現在入院中			(4回目以降)						
	※いづれかにチェックをしてください。	上記のうち、公的医療保険制度が適用されない入院期間と理由			年 月 日 ～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 自費 (妊娠・分娩含む) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他 ()						
5. 手術・処置 ※診断・検査のみを目的とする手術は除きます。 ※手術種類、手術内容は別表から選択し、ご記入ください。	手術種類	手術名 ※「持続ドレナージ」等の処置もご記入ください。	診療報酬点数区分	手術部位	手術日	手術の内容					
		(1)	(K) - ()	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日	a.骨・関節	b.MP	c.筋腱	d.血管	e.植皮	f.水頭症
		(2)	(K) - ()	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側	年 月 日						
		(3回目以降)									
	手術種類⑩、⑪の場合、具体的な術式をご記入ください。										
6. 放射線・温熱療法 ※内照射も含みます。	療法名	<input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 密封小線源			期間	年 月 日～ 年 月 日		総線量	(Gy) (mGy)		
		<input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他 ()			区分	M - ()	部位				
7. 経過	発病 (受傷) から初診までの経過 (いつごろからどのような症状があったか)、初診時の主訴・所見および症状の経過 (検査内容および検査結果・検査結果判明日・治療内容・経過等)										
8. 視力障害	裸眼視力	矯正視力			矯正不能または不適ですか。		矯正不能または不適の理由を記入してください。				
	右 ()	右 ()	<input type="checkbox"/> 指数弁 <input type="checkbox"/> 手動弁 <input type="checkbox"/> 光覚弁		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	左 ()	左 ()	<input type="checkbox"/> 指数弁 <input type="checkbox"/> 手動弁 <input type="checkbox"/> 光覚弁		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
	視野障害	1/2の視標で両眼の視野がそれぞれ5度以内のもの <input type="checkbox"/> 該当									
ゴールドマン型視野計による測定の結果、両眼の1/4視標による周辺視野角度の和がそれぞれ80度以下かつ1/2視標による両眼中心視野角度が56度以下のもの <input type="checkbox"/> 該当											
自動視野計による測定の結果、両眼開放視認点数が70点以下かつ両眼中心視野視認点数が40点以下のもの <input type="checkbox"/> 該当											
9. 障害の部位											
10. 既存障害の有無	今回の受傷・発病以前に身体障害はありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		障害の部位			障害の時期	年 月 日頃			
		障害の内容									

【お願い】 訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印願います。

11. 聴力障害	該当する項目を選択してください。	オーディオメータの測定値を記入してください。	右	500H z	1000H z	2000H z	4000H z							
	<input type="checkbox"/> 聴力損失 <input type="checkbox"/> 聴力レベル →			d B	d B	d B	d B							
	最良語音明瞭度		左	d B	d B	d B	d B							
	右	%												
左	%													
12. 鼻の欠損・機能障害	鼻軟骨の2分の1以上を欠損 (摘出) をしていますか。		両側の鼻呼吸困難がありますか。		嗅覚脱失ですか。									
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ										
13. 平衡機能障害	四肢体幹に器質的異常がなく、脳または内耳の器質的異常により他覚的に平衡機能障害がある場合、チェックしてください。													
	開眼で起立・立位保持が不能または開眼で直線を歩行中に10メートル以内に転倒あるいは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ない程度の状態ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
	(はいの場合) 回復の見込みのない状態ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	回復の見込みがなくなった時期 年 月 日頃							
	※次の場合は「回復の見込みのない状態」に該当するものとします。 投薬・理学療法の治療により、今後傷病の症状・検査数値等に一時的な改善がみられる可能性がある場合であっても長期的にはその障害が固定または悪化すると認められるとき													
14. 言語機能障害	該当する状態を○で囲んでください。			言語機能障害の原因を○で囲んでください。										
	A. 言語機能喪失 (音声言語による意思の疎通が全くできない) B. 言語機能の著しい障害 (身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意思の疎通が困難である) C. 言語機能の障害 (簡単な単語の発語により意思の疎通がかるうじて可能) D. その他			a. 喉頭の摘出 ((全部) (一部)) b. 中枢性失語症 c. 語音構成機能障害 ((口唇音) (歯舌音) (口蓋音) (舌頭音)) d. 精神障害 e. その他										
	障害状態を詳細に記入してください。 (B～Dの場合)			障害の原因を詳細に記入してください。 (「e. その他」の場合)										
15. 病理組織学的検査	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	病理組織診断名					診 断 確 定 日	年 月 日						
16. 悪性新生物または上皮内新生物 ※「医師による悪性診断確定日」は、病理の有無に関わらず悪性と診断確定した日をご記入ください。 ※「投薬 (処方) 期間」には服薬期間を、「月最初の投与日」には注射・点滴等による投与日をご記入ください。	医師による悪性診断確定日	年 月 日	左記診断に係る検査	<input type="checkbox"/> 病理組織学的検査 <input type="checkbox"/> 細胞学的検査 <input type="checkbox"/> 内視鏡検査 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他 ()			検査結果							
	悪性新生物の性状	<input type="checkbox"/> 皮膚癌 <input type="checkbox"/> 上皮内癌 (非浸潤癌) <input type="checkbox"/> 浸潤癌 <input type="checkbox"/> その他		子宮頸部高度異形成の診断確定日		年 月 日								
	悪性新生物の区分	<input type="checkbox"/> 原発 <input type="checkbox"/> 再発 <input type="checkbox"/> 転移	pTNM分類 T () N () M ()		病名告知	本人: 年 月 日頃に 病名 () と告げた								
	抗がん剤治療ホルモン療法 (健康保険適用)	投薬 (処方) 期間	年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日					
	抗がん剤治療ホルモン療法 (上記以外)	投薬 (処方) 期間	年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日 ～ 年 月 日		年 月 日					
	該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 患者申出療養 <input type="checkbox"/> がんを適応症として厚生労働大臣により承認されている抗がん剤を用いた治療 <input type="checkbox"/> 欧米で承認された抗がん剤を用いた治療													
17. 悪性新生物による障害	診断書記入日	①治療中 (手術療法、放射線療法、化学療法※、疼痛緩和療法) ※化学療法に免疫療法・ホルモン療法を含む												
	時点の現状	②上記①の治療終了 (①の最終治療日: 年 月 日)												
	※該当するものに○を記入してください。	③上記①の治療なし (経過観察中を含む)												
18. 透析療法	つぎの状態のうち該当するものにチェックしてください。					透析開始日		年 月 日						
	(ア) 赤血球数が250 (万/mm3) 未満のもの					<input type="checkbox"/> 該当								
	(イ) 血色素量が8 (g/dl) 未満のもの					<input type="checkbox"/> 該当								
	(ウ) ヘマトクリットが20 (%) 未満のもの					<input type="checkbox"/> 該当								
(エ) 総蛋白が4 (g/dl) 未満のもの					<input type="checkbox"/> 該当									
19. 請求意思能力	保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できますか。					<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない <input type="checkbox"/> その他		請求意思能力について詳細に記入してください。						
20. 症状固定	症状固定時期 (回復の見込みがなくなった時期) を記入してください。					回復の見込みと症状固定についての意見を記入してください。								
	年 月 日頃					<input type="checkbox"/> 時期不詳 <input type="checkbox"/> 未固定								
病院 (診療所) 名・診療科											以上のとおり証明 (診断) します。 年 月 日			
所在地											医師名		(印)	
電話番号														

裏面も必ず、ご確認ください。LIAJ023-F01-202303

SOMPOひまわり生命保険株式会社

当診断書料金	
金	円
※税込	

21. 脊柱 障害	運動障害	頸椎	自動運動範囲				他動運動範囲							
			前屈	0° ～	°	後屈	0° ～	°	前屈	0° ～	°	後屈	0° ～	°
			右屈	0° ～	°	左屈	0° ～	°	右屈	0° ～	°	左屈	0° ～	°
胸腰椎	右旋		0° ～	°	左旋	0° ～	°	右旋	0° ～	°	左旋	0° ～	°	
	前屈		0° ～	°	後屈	0° ～	°	前屈	0° ～	°	後屈	0° ～	°	
	右屈		0° ～	°	左屈	0° ～	°	右屈	0° ～	°	左屈	0° ～	°	
右旋	0° ～	°	左旋	0° ～	°	右旋	0° ～	°	左旋	0° ～	°			
変形障害		通常の衣服を着用しても、明らかに脊柱の変形が分かる状態ですか。						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
22. 欠損・ 短縮	<div>（四肢、手指、足指の切断の場合は、切断箇所にはっきりと線を入れてください。） 四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。 下肢短縮の場合は、その程度（cm）を記入してください。</div> <div><div><div>（左手骨）</div><div><div>遠位指節間関節</div><div>近位指節間関節</div><div>中手指節関節</div><div>リスフラン関節</div><div>（左足骨）</div><div>指節骨</div><div>中足骨</div><div>シヨパール関節</div><div>足根骨</div></div></div><div><div>（右手骨）</div><div><div>遠位指節間関節</div><div>近位指節間関節</div><div>中手指節関節</div><div>指節骨</div><div>（右足骨）</div><div>中手指節関節</div><div>指節骨</div></div></div><div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div><div>cm</div></div></div>												<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	一側下肢長（上前腸骨棘と脛骨内果尖端を結び直線距離）が他側下肢長の4分の1以上短縮していますか。												<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	23.													
手指の運動障害	部位			第1指（母指）		第2指（示指）		第3指（中指）		第4指（環指）		第5指（小指）		
				自動域	他動域	自動域	他動域	自動域	他動域	自動域	他動域	自動域	他動域	
	右	近位指節間関節 （母指では指節間関節）	伸展											
			屈曲											
		中手指節関節	伸展											
			屈曲											
	左	近位指節間関節 （母指では指節間関節）	伸展											
			屈曲											
中手指節関節		伸展												
		屈曲												
足指の運動障害	右	近位指節間関節 （母指では指節間関節）	伸展											
			屈曲											
		中足指節関節	伸展											
			屈曲											
	左	近位指節間関節 （母指では指節間関節）	伸展											
			屈曲											
		中足指節関節	伸展											
			屈曲											
四肢関節の運動障害	25.													
	「運動筋力」欄は、「1.正常」、「2.やや減」、「3.半減」、「4.著減」、「5.消失」の該当番号欄に○をしてください。													
	部位		運動筋力					伸展度～屈曲度				外転度～内転度		
			1.正常	2.やや減	3.半減	4.著減	5.消失	自動運動範囲	他動運動範囲	自動運動範囲	他動運動範囲			
	肩	右						～	～	～	～			
		左						～	～	～	～			
	肘	右						～	～					
		左						～	～					
	手	右						～	～					
		左						～	～					
	股	右						～	～	～	～			
		左						～	～	～	～			
	膝	右						～	～					
		左						～	～					
足	右						～	～						
	左						～	～						

26. 呼吸器疾患・心疾患・肝疾患					※該当する状態があれば「はい」にチェックの上、手術日等をご記入ください。 ※「手術」を施行されている場合は、「6.手術・処置」欄にも記入してください。				
a. 所定の疾患 による状態	ア.呼吸器疾患により、常時の酸素療法が必要で、常時の酸素療法を施行していますか。			<input type="checkbox"/> はい	酸素療法 開始日	年 月 日			
	イ.心疾患により、心臓に人工弁を置換した状態、または恒久的心臓ペースメーカー（ICDを含む）を装着した状態ですか。			<input type="checkbox"/> はい	手術日	年 月 日			
	ウ.肝硬変により、腹水または肝性脳症の臨床所見がありますか。			<input type="checkbox"/> はい	診断日	年 月 日			
b. 就労不能状態	26.の疾患により、軽い家事等の軽労働や事務等の座業ができない状態ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
c. 回復の見込み	a.およびb.の状態についてともに回復の見込みのない状態ですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	回復の見込みがなくなった時期			
	※次のいずれかに該当するときは「回復の見込みのない状態」に該当するものとします。					年 月 日頃			
	(1)投薬・理学療法等の治療により、今後傷病の症状・検査数値等に一時的な改善がみられる可能性がある場合であっても、長期的にはその障害が固定または悪化すると認められるとき。 (2)肺移植、心臓移植、肝移植、造血幹細胞移植を行うことにより回復が見込まれる場合であっても、その他の治療による回復の見込みが無いと認められるとき。								
27. 難治性貧血群（再生不良性貧血・溶血性貧血等）									
a. 検査所見 ※該当する 検査所見に チェックしてく ださい。	ア.末梢血液中の 赤血球像		「ヘモグロビン濃度が9.0g/d l未満」または「赤血球数が300万/μ l未満」			<input type="checkbox"/> 該当			
	イ.末梢血液中の 白血球像		「白血球数が2,000/μ l未満」または「顆粒球数が1,000/μ l未満」			<input type="checkbox"/> 該当			
	ウ.「末梢血液中の血小板が5万/μ l未満」					<input type="checkbox"/> 該当			
	エ.骨髓像		「有核細胞が5万/μ l未満」または「巨核球数が30/μ l未満」 または「リンパ球が40%以上」または「赤芽球が10%未満」			<input type="checkbox"/> 該当			
b. 就労不能状態	27.の疾患により、軽い家事等の軽労働や事務等の座業ができない状態ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
c. 回復の見込み	a.ア～エのうち、3つ以上（溶血性貧血の場合はア.のみ）、 およびb.の状態について回復の見込みのない状態ですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	回復の見込みがなくなった時期			
	※次のいずれかに該当するときは「回復の見込みのない状態」に該当するものとします。					年 月 日頃			
	(1)投薬・理学療法等の治療により、今後傷病の症状・検査数値等に一時的な改善がみられる可能性がある場合であっても、長期的にはその障害が固定または悪化すると認められるとき。 (2)肺移植、心臓移植、肝移植、造血幹細胞移植を行うことにより回復が見込まれる場合であっても、その他の治療による回復の見込みが無いと認められるとき。								
28. 出血傾向群（血小板減少性紫斑病・凝固因子欠乏症等）									
a. 検査所見	「出血時間（デューク法）が8分以上」または「APTTが基準値の2倍以上」 または「血小板が5万/μ l未満」のいずれかに該当しますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
b. 就労不能状態	28.の疾患により、軽い家事等の軽労働や事務等の座業ができない状態ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
c. 回復の見込み	a.およびb.の状態についてともに回復の見込みのない状態ですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	回復の見込みがなくなった時期			
	※次のいずれかに該当するときは「回復の見込みのない状態」に該当するものとします。					年 月 日頃			
	(1)投薬・理学療法等の治療により、今後傷病の症状・検査数値等に一時的な改善がみられる可能性がある場合であっても、長期的にはその障害が固定または悪化すると認められるとき。 (2)肺移植、心臓移植、肝移植、造血幹細胞移植を行うことにより回復が見込まれる場合であっても、その他の治療による回復の見込みが無いと認められるとき。								
29. 造血管器腫瘍群（白血病・悪性リンパ腫・多発性骨髄腫等）									
a. 検査所見	以下の①～⑧いずれか1つ以上の状態に該当していますか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
	①病的細胞が出現している。⑤末梢血液中の赤血球数が300万/μ l未満。 ②C反応性タンパク質（CRP）が陽性。⑥末梢血液中の血小板数が5万/μ l未満。 ③乳酸脱水酵素（LDH）の上昇を示す。⑦末梢血液中の正常顆粒数が1,000/μ l未満。 ④白血球数が正常化し難い。⑧末梢血液中の正常リンパ球数が600/μ l未満。								
b. 就労不能状態	29.の疾患により、軽い家事等の軽労働や事務等の座業ができない状態ですか。					<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
c. 回復の見込み	a.およびb.の状態についてともに回復の見込みのない状態ですか。				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	回復の見込みがなくなった時期			
	※次のいずれかに該当するときは「回復の見込みのない状態」に該当するものとします。					年 月 日頃			
	(1)投薬・理学療法等の治療により、今後傷病の症状・検査数値等に一時的な改善がみられる可能性がある場合であっても、長期的にはその障害が固定または悪化すると認められるとき。 (2)肺移植、心臓移植、肝移植、造血幹細胞移植を行うことにより回復が見込まれる場合であっても、その他の治療による回復の見込みが無いと認められるとき。								

【就労不能】専用診断書をご記入いただくにあたってのお願い

ご担当の先生へ
以下の記入上の留意点をご確認いただき、記入をお願いいたします。

項目		記入上の留意点																							
2	ア. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病	●原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。 ●原因となった傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)と傷病の発生年月日をご記入いただく項目です。																							
	イ. アの原因	●アの原因となった傷病や事故(交通事故・転院等)があれば記入してください。 ●原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。																							
	ウ. 合併症	●該当する傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。																							
	エ. アの初診日	●貴院におけるアの傷病に関する最初の診療日を記入してください。 ●貴院他科での診療を含めて記入してください。																							
3	前医・紹介医	●アの前医または紹介医があれば、記入してください。																							
4	入院期間	●「医療保険届出病床」とは、医療法の規定に基づき許可を受けた病床の登録があることを指します。 ●「入院期間(1)～(3)」および「4回目以降」は、入院料を算定した期間を記入してください。 ●入院が1日の場合は、入院日と退院日に同日を記入してください。 ●「退院」「現在入院中」のいずれかに☑を記入してください。 ●公的医療保険が適用されない入院がある場合は、「自費(妊娠・分娩含む)・労災・自賠責・介護保険・その他」のいずれかに☑を記入してください。「その他」の場合は、具体的な理由を記入してください。																							
5	手術・処置	手術名・手術日 ●診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血術」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、もれなく記入してください。(ただし、診断・検査のみを目的とする手術は除きます。) ●診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して行い、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日を記入してください。 <div>例) 網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術 など</div> ●コードの記入方法は、以下の例を参考にしてください。 <div>例) <table><tr><td>K</td><td>718</td><td>-</td><td>00</td><td>(2)</td></tr><tr><td>J</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></div>	K	718	-	00	(2)	J																	
		K	718	-	00	(2)																			
		J																							
診療報酬点数区分	●「K」か「J」のいずれかに○を記入してください。																								
手術種類、手術の内容	●「手術種類」には、以下別表より該当する手術の術式の番号を記入してください。 ●「手術の内容」には、以下別表よりa～f の項目のうち該当する項目に番号を記入してください。 【別表】 ●手術種類 <table><tr><td>①開頭術</td><td>②穿頭術(新たな穿頭による)</td><td>③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)</td><td>④開胸術</td><td>⑤胸腔鏡</td><td>⑥開腹術</td></tr><tr><td>⑦腹腔鏡</td><td>⑧経皮的(穿孔処置除く)</td><td>⑨経尿道的</td><td>⑩経腔的</td><td>⑪眼科レーザー</td><td>⑫カテーテルによる手術</td></tr><tr><td>⑬膀胱鏡</td><td>⑭子宮鏡</td><td>⑮喉頭直達鏡</td><td>⑯その他の内視鏡</td><td>⑰その他</td><td></td></tr></table> ●手術の内容 <table><tr><td>a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血</td><td>b. 手指・足指に対する手術の場合、MP 関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢</td></tr><tr><td>c. 筋・腱・靱帯へ操作が ①及び ②及ばない</td><td>d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕・大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)</td></tr><tr><td>e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm以上 ②25cm未満</td><td>f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP</td></tr></table>	①開頭術	②穿頭術(新たな穿頭による)	③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)	④開胸術	⑤胸腔鏡	⑥開腹術	⑦腹腔鏡	⑧経皮的(穿孔処置除く)	⑨経尿道的	⑩経腔的	⑪眼科レーザー	⑫カテーテルによる手術	⑬膀胱鏡	⑭子宮鏡	⑮喉頭直達鏡	⑯その他の内視鏡	⑰その他		a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP 関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢	c. 筋・腱・靱帯へ操作が ①及び ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕・大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)	e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm以上 ②25cm未満	f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP
①開頭術	②穿頭術(新たな穿頭による)	③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)	④開胸術	⑤胸腔鏡	⑥開腹術																				
⑦腹腔鏡	⑧経皮的(穿孔処置除く)	⑨経尿道的	⑩経腔的	⑪眼科レーザー	⑫カテーテルによる手術																				
⑬膀胱鏡	⑭子宮鏡	⑮喉頭直達鏡	⑯その他の内視鏡	⑰その他																					
a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP 関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢																								
c. 筋・腱・靱帯へ操作が ①及び ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕・大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)																								
e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm以上 ②25cm未満	f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP																								
6	放射線・温熱療法	●照射中の場合は、療法名、期間、部位、総線量などを照射済みの範囲で記入してください。 ●「グレイ」、「B q」、「m c i」のいずれかに○を記入してください。																							
7	経過	●7項をご記入いただく際に、入院加療の必要があった傷病、前医・紹介医、手術など、 <u>所定の項目があるものについては、必ず所定の項目にも記入してください。</u>																							
8	視力障害	●万国式視力表により1眼ずつ測定した視力を記入してください。 ●指数弁、手動弁、光覚弁の場合は、レ点をつけてください。 ●視野障害については、該当する場合にレ点をつけてください。																							
9	障害の部位	●証明日時時点で、障害のある部位をすべて記入してください。																							
10	既存障害の有無	●今回の受傷・発病以前の身体障害状態について、お分かりになる範囲で記入してください。																							

項目			記入上の留意点
11	聴力障害		●日本産業規格(令和元年7月1日改定)に準拠したオーディオメータの測定値を記入してください。 ●補聴器により矯正可能な場合であっても、補聴器を使用しない状態で測定した数値を記入してください。 ●最良語音明瞭度は以下の式により算出してください。 語音明瞭度＝(正答語音数／検査語数)×100(%) 最良語音明瞭度の測定に使用する語音聴力表は、「57s式語表」または「67s式語表」とします。
		12	鼻の欠損・機能障害
			●「鼻呼吸困難」とは鼻呼吸ができず、口呼吸とならざるを得ない状態を指します。 ●「嗅覚脱失」とは、すべての嗅覚に関する神経要素が侵され、嗅覚を失った状態を指します。嗅盲(一部の臭いだけを感じない状態)は含みません。
		13	平衡機能障害
14	言語機能障害		●該当する状態(A～D)および原因(a～e)を○で囲み、障害状態・原因を詳細に記入してください。 ●原因が「a. 喉頭の摘出」の場合は、「全部」、「一部」どちらかを○で囲んでください。 ●原因が「c. 語音構成機能障害」の場合は、「口唇音」、「歯舌音」、「口蓋音」、「こう頭音」の該当するものすべてを○で囲んでください。 ●「口唇音」とは、ま行音、ば行音、ぱ行音、わ行音、ふの音を指します。 ●「歯舌音」とは、な行音、た行音、だ行音、ら行音、さ行音、しゅ、し、ざ行音、じゅの音を指します。 ●「口蓋音」とは、か行音、が行音、や行音、ひ、にゅ、ぎゅ、んの音を指します。 ●「こう頭音」とは、は行音を指します。
		15	病理組織学的検査
			●病理組織学的検査の実施有無を記入してください。検査有の場合、病理組織診断名、診断確定日を記入してください。
16	悪性新生物または上皮内新生物の場合	医師による悪性診断確定日	●病理組織学的所見(剖検、生検)、細胞学的所見、理学的所見(X線、内視鏡等)、臨床学的所見および手術所見より悪性新生物または上皮内新生物と診断確定した日付を記入してください。
		左記診断に係る検査	●悪性診断確定にあたり実施した検査に☑を記入してください。 ●「その他」の場合は、具体的な検査内容を記入してください。
		悪性新生物の性状	●該当する項目に☑を記入してください。
		子宮頸部高度異形成の診断確定日	●診断確定日を記入してください。
		悪性新生物の区分	●該当する項目に☑を記入してください。 ●手術をされている場合は、病理組織診断判明後のTNM分類を記入してください。
		病名告知	●患者ご本人への病名告知がある場合は、告知日と告知した病名を記入してください。 ●悪性新生物または上皮内新生物の場合は必ずご記入ください。
		抗がん剤治療ホルモン療法	●抗がん剤治療、ホルモン療法の実施日(服薬の場合は投薬(処方)期間、注射・点滴等の場合は投与日)を記入してください。 なお、同月に複数回の投与がある場合は、その月の最初の投与日を記入してください。 <参考> ・抗がん剤とは、抗がん剤治療を受けた時点において、世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうち、L01(抗悪性腫瘍薬)、L02(内分泌療法)、L03(免疫賦活薬)、L04(免疫抑制薬)、V10(治療用放射性医薬品)に分類される薬剤をいいます。 ・患者申出療養とは、厚生労働大臣が定める患者申出療養(厚生労働大臣が定める施設基準に適合する病院または診療所であって、当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められたものにおいて行われるものに限ります。)をいいます。 ただし、抗がん剤治療を受けた日現在で公的医療保険制度の給付対象となっている抗がん剤治療は除きます。 ・がんを適応症として厚生労働大臣により承認されている抗がん剤とは、厚生労働大臣による製造販売の承認時に、被保険者が診断確定されたがんの治療に対する効能または効果が認められたものに限ります。 ・欧米で承認された抗がん剤とは、抗がん剤治療を受けた時点において、米国または欧州において承認されたものであり、かつ、世界保健機関の解剖治療化学分類法による医薬品分類のうちL01(抗悪性腫瘍薬)、L02(内分泌療法)、L03(免疫賦活薬)、L04(免疫抑制薬)、V10(治療用放射性医薬品)に分類される薬剤をいいます。
		診断書記入日時点の現状	●本診断書記入時点での悪性新生物に対する治療の現状について、①～③の中から該当するものに○を記入してください。 <参考> 「手術療法」………器具を用い、生体に切断、摘除などの操作を加えることにより、がんの全部または一部を消滅させることを目的とした治療(温熱療法を含みます。)をいいます。 「放射線療法」………がん放射線照射することにより、がんを破壊またはがんの発育・増殖を抑制することを目的とした治療法をいいます。 「化学療法」………がんを適応症として定めている薬剤を投与することにより、がんを破壊またはがんの発育・増殖を抑制することを目的とした治療法(細胞免疫療法、ワクチン療法を含みます。)をいいます。 「疼痛緩和療法」…薬剤の投与または処置により、がん性疼痛を緩和することを目的とした治療法をいいます。
17	悪性新生物による障害		●該当するものにレ点をつけてください。

項目		記入上の留意点
18	透析療法	●透析療法を開始した日を記入してください。
19	請求意思能	●該当するものにレ点をつけ、請求意思能力について詳細を記入してください。 ●請求意思能力とは、保険金・給付金を請求し、受取るまでの一連の行為の意味を理解でき、かつ、その意思表示ができる能力を指します。
20	症状固定	●8～14、21～25項に関しての回復可能性について、お分かりになる範囲で記入してください。 ●障害の部位によって、回復可能性が異なる場合は、部位ごとに分けて記入してください。 ●回復の可能性がある場合は、どの程度まで回復する可能性があるか記入してください。 例) 右下肢に麻痺は残るが、自立歩行可能となる可能性あり。 ●回復の可能性がない場合、または、回復の可能性が極めて低くなった場合は、その詳細な内容を具体的に記入してください。 例) 視力障害については、今後さらに悪化が見込まれ、回復は困難。
21	脊柱障害	●自動運動範囲および他動運動範囲をご記入のうえ、変形について該当するものにレ点をつけてください。
23. 24	手指・足指の運動障害	●伸展度・屈曲度（自動運動範囲、他動運動範囲）を記入してください。 ●完全運動麻痺の場合は、「0」と記入してください。
25	四肢関節の運動障害	●伸展度・屈曲度（自動運動範囲、他動運動範囲）を記入してください。 ●完全運動麻痺の場合は、「0」と記入してください。 ●運動筋力の欄は、部位ごとの該当する状態に○を記入してください。 筋力は、徒手による筋力検査によって測定し、つぎの5段階に区別します。 「1.正常」「2.やや減」「3.半減」「4.著減」「5.消失」
26	呼吸器疾患・心疾患・肝疾患	●該当するものにレ点をつけてください。
27	難治性貧血群 (再生不良性貧血・溶血性貧血等)	●該当するものにレ点をつけてください。
28	出血傾向群 (血小板減少性紫斑病・凝固因子欠乏症等)	●該当するものにレ点をつけてください。
29	造血器腫瘍群 (白血病・悪性リンパ腫・多発性骨髄腫等)	●該当するものにレ点をつけてください。