

他

国民年金 断書 (血液・造血器他の障害用)

様式第120号の7

Form with fields for personal information, medical history, diagnosis, and current status. Includes sections for injury details, medical treatment, and blood/haematopoietic system status.

（お願い）臨床所見等は、診察録に基づいてわかる範囲で記入してください。

「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）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・令和 年 月 日 現症)

1 検査成績

| 検査項目 | 検査日 | 単位 | ・ | ・ | ・ | 平均値 |
|-------------|-----|-----------|---|---|---|-----|
| CD4陽性Tリンパ球数 | | / μ L | | | | |

(現症日以前の4週間以上の間隔を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 | | | |

(現症日以前の4週間以上の間隔を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

① 1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日以上不定の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く (有・無)

④ 1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある (有・無)

⑤ 1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 (有・無)

(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)

⑨ 1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τροφイー 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)

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 | | | |
| AST(GOT) | | | | | |
| ALT(GPT) | | | | | |
| 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・令和 年 月 日 現症)

1 症状

(1) 自覚症状

(2) 他覚所見

2 検査成績

(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/ μ L | | | | |
| 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

3 人工臓器等

(1) 人工肛門造設 無・有 造設年月日:平成・令和 年 月 日 閉鎖年月日:平成・令和 年 月 日

(2) 尿路変更術 無・有 造設年月日:平成・令和 年 月 日 閉鎖年月日:平成・令和 年 月 日

(3) 新膀胱造設 無・有 手術年月日:平成・令和 年 月 日

(4) 自己導尿の常時施行 無・有 開始年月日:平成・令和 年 月 日 終了年月日:平成・令和 年 月 日

(5) 完全尿失禁状態 無・有 (カテーテル留置:平成・令和 年 月 日)

(6) その他の手術 無・有 ()平成・令和 年 月 日

⑯ 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)

⑰ 予後 (必ず記入してください)

⑱ 備考

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

印