

他

国民年金
厚生年金保険

診断書

血液・造血器
その他

2級該当
認定事例

(フリガナ) 氏名		生年月日		昭和 平成 9年2月5日生(20歳)		性別		男・女	
住所		都道府県		市区					
① 障害の原因となった傷病名		慢性GVHD		② 傷病の発生日		昭和 平成 27年8月1日		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	
④ 傷病の原因又は誘因		再生不良性貧血 初診年月日(昭和・平成) 24年3月1日		⑤ 既存障害		なし		⑥ 既往症	
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			
⑦ 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 27年8月1日)		平成24年に再生不良性貧血を発症し、同年3月から〇〇病院で免疫抑制療法を行っていたが改善せず、平成27年4月1日に同種骨髄移植を施行した。外来にて免疫抑制剤の内服を減量していたところ、徐々に目の渇きと皮膚に発赤を認め、平成27年8月1日入院時に紅斑を上肢を中心に認めたため生検を行い、慢性GVHDと診断された。							
⑨ 現在までの治療の内容、反応、期間、経過、その他の参考となる事項		免疫抑制剤を増量するも紅斑が全身に拡大。口腔病変も出現し、ステロイドの内服を行い、一旦改善した。しかし、その後皮膚の硬化を認め、全身に拡大し、横ばいのままで改善はしていない。		診療回数		年間 25回、月平均2~3回			
⑩ 現在の症状、その他参考となる事項		下記⑬3参照							
⑪ 計測		身長		165 cm		体重		現在 45 kg 健康時 55 kg	
⑪ 計測		握力		右 kg 左 kg		視力		右眼 裸眼 左眼 裸眼	
⑪ 計測		調節機能		聴力レベル		最良語音明瞭度		最大 mmHg 最小 mmHg	
⑪ 計測		視野		右耳 dB 左耳 dB		%		最大 mmHg 最小 mmHg	
⑫ 一般状態区分表(平成29年3月1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: 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ではできるが、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29年3月1日現症)									
1 臨床所見									
(1) 自覚症状					(3) 検査成績				
易疲労感 (無・有・著)		動悸 (無・有・著)		息切れ (無・有・著)		発熱 (無・有・著)		紫斑 (無・有・著)	
月経過多 (無・有・著)		関節症状 (無・有・著)		易感染性 (無・有・著)		リンパ節腫脹 (無・有・著)		出血傾向 (無・有・著)	
肝腫 (無・有・著)		脾腫 (無・有・著)		末梢血液検査(平成29年3月1日)		凝固系検査(平成 年 月 日)			
				※アの欄は、治療を行う前の日付、検査数値を記入してください。		※イの欄は、最も適切に病状が把握できる検査数値及びその日付を記入してください。			
				ヘモグロビン濃度 (13) g/dL		凝固因子活性((第 四子)) %			
				血小板 (15) 万/μL		vWF活性 () %			
				網赤血球 (8) 万/μL		インヒビター (無・有)			
				白血球 (4000) /μL		A P T T () 秒 (基準値 秒)			
				好中球 (2400) /μL		P T () 秒 (基準値 秒)			
				リンパ球 (1600) /μL		ウ その他の検査			
				病的細胞 (0) %		画像検査(検査名) (平成 年 月 日)			
						所見 ()			
						他の検査(検査名) (平成 年 月 日)			
						所見 ()			
2 治療状況					3 その他の所見				
赤血球輸血 (月 0 回)		血小板輸血 (月 0 回)		目の渇き眼脂過多を認め、口腔内もびらんがあり痛みを伴う。皮膚の深部まで硬化が進み、肩より上に挙上できず。爪の形成不全や脱毛も認める。					
補充療法 (月 0 回)		新鮮凍結血漿 (月 0 回)							
造血幹細胞移植 (無・有)		有の場合(平成27年4月1日)							
慢性GVHD (無・有)		有の場合(軽症・中等症・重症)							
所見									
目の渇き、眼脂過多、口腔内びらん、皮膚硬化 (臓器別スコア: 眼3、口腔2、皮膚3)									

(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。

「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。

⑭ 免疫機能障害 (平成 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		/μL							

(現症日以前の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		/μL							
ヘモグロビン量		g/dL							
血小板数		万/μL							
HIV-RNA量		コピー/mL							

(現症日以前の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月に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医学的な理由により抗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)

[]

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 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/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

3 人工臓器等

- (1) 人工肛門造設 無・有 造設年月日: 平成 年 月 日 閉鎖年月日: 平成 年 月 日
- (2) 尿路変更術 無・有 造設年月日: 平成 年 月 日 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
- (4) 自己導尿の常時施行 無・有 開始年月日: 平成 年 月 日 終了年月日: 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)
- (6) その他の手術 無・有 ()平成 年 月 日

⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入して下さい)

爪がなく指の皮膚の硬化もあり、細かい作業が行えず。全身の皮膚の硬化があり、下にかがむ、肩より上に手を挙上させることができない。点眼を10~15分おきに行っていて、視力低下が著明で細かい字が読めず、長時間のパソコン作業などは行えない。日常生活活動は時間と体力を要し制限があるため、介助が必要である。労働は不可能である。

⑰ 予後 (必ず記入して下さい)

全身状態は横ばいであるが、易感染性が著明であり、重篤な感染症を起こした場合、死亡の危険性もある。

⑱ 備考

上記のとおり、診断します。

平成 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