

他

国民年金  
厚生年金保険

# 診断書

血液・造血器  
その他(障害用)

## 1級該当 認定事例

(フリガナ) 氏名 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		生年月日 昭和(平成) 49年 2月 20日生(37歳)		性別	男・ <b>女</b>
住所 住所地の郵便番号 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		市区 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○		町区 村	
① 障害の原因 となった 傷病名 <b>慢性疲労症候群</b>		② 傷病の発生日 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・ <b>不明</b>			
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・関節痛を認めほぼ終日臥床を要し、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: /kg 左: /kg	視力 右眼 裸眼 / 矯正 / 左眼 裸眼 / 矯正 /
視野		異常なし	調節機能	異常なし	聴力レベル 右耳 dB / 最良語音明瞭度 % 左耳 dB / 最良語音明瞭度 %
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、肉体力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 <b>オ</b> 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			
<b>障 害 の 状 態</b>					
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) 秒		
3 輸血の回数及び総量 回数 計 ml (平成 年 月 日～平成 年 月 日)			6 その他の所見		
4 凝固因子製剤輸注の回数及び量 回数 計 ml (平成 年 月 日～平成 年 月 日)			CRP 検査値 LDH 施設基準値 検査値		
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)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。

⑭ 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)

1 検査成績		2 身体症状等				
検査項目	検査日	単位	・	・	・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数		/ $\mu$ l				
(減症日以前の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	・	・	・	平均値
白血球数		/ $\mu$ l				
ヘモグロビン量		g/dl				
血小板数		万/ $\mu$ l				
HIV-RNA量		コピー/ml				
(減症日以前の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。)						
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		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。	
有 ・ 無			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			(2) 臨床所見			
検査項目	検査日	単位	・	・	・	平均値
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				
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 23 年 11 月 5 日現症)

1 症状		2 検査成績																																																											
(1) 自覚症状		(1) 血液・生化学検査																																																											
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疲労感、咽頭痛、四肢冷感、リンパ節痛、全身の筋痛及び関節痛、筋脱力、拍動性頭痛、悪心、下痢、動悸、ふらつき等の身体症状、思考力・集中力・記憶力の著しい低下、抑うつ気分等の精神症状、入眠困難、浅眠、中途覚醒の睡眠障害を認める。		<table border="1"> <tr> <th>検査項目</th> <th>検査日</th> <th>単位</th> <th>施設基準値</th> <th>・</th> <th>・</th> <th>・</th> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td></td> <td>万/<math>\mu</math>l</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン濃度</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td> <td></td> <td>%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td></td> <td>g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				検査項目	検査日	単位	施設基準値	・	・	・	赤血球数		万/ $\mu$ 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																		
検査項目	検査日	単位	施設基準値	・	・	・																																																							
赤血球数		万/ $\mu$ 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) 他覚所見		(2) その他の検査成績																																																											
微熱、咽頭痛、頸部リンパ節腫脹を認める。		一般臨床検査の異常なし																																																											
3 人工臓器等																																																													
(1) 人工肛門の造設		無 ・ 有	造設年月日: 平成 年 月 日	(4) 自己導尿の常時施行																																																									
			閉鎖年月日: 平成 年 月 日	無 ・ 有	開始年月日: 平成 年 月 日																																																								
(2) 尿路変更術		無 ・ 有	造設年月日: 平成 年 月 日	(5) 完全尿失禁状態																																																									
			閉鎖年月日: 平成 年 月 日	無 ・ 有	(カテーテル留置: 平成 年 月 日)																																																								
(3) 新膀胱造設		無 ・ 有	手術年月日: 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 (必ず記入してください)	労務不能、身辺のことでも介助を頻々に要し、終日臥床状態。
⑰ 予後 (必ず記入してください)	不明
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。

平成 23 年 11 月 5 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病院  
所在地 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○

診療担当科名 内科  
医師氏名 ○ ○ ○ ○ 印

<慢性疲労症候群 1級>

(付 記)

○ 本例は、初診日が「平成 22 年4月13日」であるので、障害認定日は 1 年6月後の平成 23年10月13日となる。

この診断書の障害の状態は、平成 23年11月5日現症のもので、障害認定日以降 3 月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。

○ 傷病は「慢性疲労症候群」であるので、⑫、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

■ 認 定

---

障害の程度は、休職し治療に専念していても、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疲労感、咽頭痛などの症状が強く続いており終日臥床状態となっており、一般状態区分は「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」となっている。また、平成 3 年（平成 7 年一部改変）旧厚生省研究班の重症度分類では、PS 9に相当することから、「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」に該当すると認められるので、1級9号と認定される。

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

Form with fields for patient name, address, medical history, diagnosis, and examination results. Includes a table for general status classification and a table for blood test results.

「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）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。

⑭ 免疫機能障害 (平成 年 月 日現症)

1 検査成績

Table with 5 columns: 検査項目, 検査日, 単位, . . . , 平均値. Row 1: CD4陽性Tリンパ球数 /μl

(減症日以前の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。)

Table with 5 columns: 検査項目, 検査日, 単位, . . . . Row 1: 白血球数 /μl

(減症日以前の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、带状疱疹、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

Table with 5 columns: 検査項目, 検査日, 単位, . . . . Rows: 血清アルブミン g/dl, AST(GOT), ALT(GPT), プロトロンビン % 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 24 年 2 月 6 日現症)

1 症状

(1) 自覚症状

高度の全身倦怠感、易疲労、軽度の労作でも著しく遷延化する疲労感、咽頭痛、胸腰部・四肢を中心とした筋痛、筋不快感、頭痛、頭重感等の身体症状、思考力、集中力、記憶力低下等の精神症状、入眠困難、浅眠、中途覚醒、熟睡感の欠如、日中の眠気等の睡眠障害を認める。

(2) 他覚所見

微熱、頸部リンパ節腫脹を認める。

2 検査成績

(1) 血液・生化学検査

Table with 6 columns: 検査項目, 検査日, 単位, 施設基準値, . . . . Rows: 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

一般臨床検査異常なし

3 人工臓器等

- (1) 人工肛門の造設 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 (必ず記入してください)

終日横臥が1ヶ月の70%あり、残りの30%もかろうじて坐位で過ごし、就労不能である。食事、用便、着替えに介助は時々必要である。疲労感のため、入浴は週2、3回しかできず、活動範囲は概ね自宅内に限局している。

⑰ 予後 (必ず記入してください)

不明

⑱ 備考

上記のとおり、診断します。

平成 24 年 2 月 6 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病院
所在地 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○

診療担当科名 内科
医師氏名 ○ ○ ○ ○ 印

<慢性疲労症候群 2級>

(付 記)

○ 本例は、初診日が「平成22年7月27日」であるので、障害認定日は1年6月後の平成24年1月27日となる。

この診断書の障害の状態は、平成24年2月6日現症のもので、障害認定日以降3月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。

○ 傷病は「慢性疲労症候群」であるので、⑫、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

■ 認 定

---

障害の程度は、治療を行っても、高度の全身倦怠感や微熱、筋肉痛などの症状が続いており、日中の大半は横になっていることが多く一般状態区分は「身のまわりのある程度のことはできるが、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」となっている。また、平成3年（平成7年一部改変）旧厚生省研究班の重症度分類では、PS8に相当することから、「日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」に該当すると認められるので、2級15号と認定される。

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

3級該当  
認定事例

(フリガナ) 氏名	〇 〇 〇 〇 〇 〇			生年月日	昭和 平成	47年10月1日生(38歳)	性別	男・女		
住所	住所地の郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇		市区 区	〇〇	町区 村	〇〇〇				
① 障害の原因 となった 傷病名	慢性疲労症候群			② 傷病の発生日	昭和 平成	22年1月頃	診療録で確認 本人の申立て (年月日)			
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 初診年月日	咽頭痛、筋痛、慢性的な疲労感、頭痛、関節痛、微熱、脱力、思考力・集中力低下、抑うつ、意欲低下、物忘れなどを認める。 (昭和・平成) 22年 2月 28日									
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	向精神薬、漢方薬、ビタミン剤等の投与を行うも慢性的な疲労は続いており、一進一退の経過である。重症度分類では、PS5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	疲労感、睡眠障害、耳鳴り、羞明、脱力、頭痛、物忘れ、思考力・集中力低下などの症状があり、日常生活に支障をきたしている。									
⑪ 計測 (平成 年 月 日 測定)	身長	163	cm	体重	現在 45 kg 健康時 54 kg	握力	右 〇 kg 左 〇 kg	視力	右眼 裸眼 〇 左眼 裸眼 〇	矯正 〇
	視野	異常なし		調節機能	異常なし		聴力レベル	最良語音明瞭度	最高	mmHg
		右耳	dB		%		左耳	dB		mmHg
⑫ 一般状態区分表(平成 23年 9月 17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 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) 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					
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)					CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値	
5 造血幹細胞移植 無・有(平成 年 月 日) 経過 ( )					6 その他の所見					

「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)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。

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		/ $\mu$ l			

(減症日以前の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		/ $\mu$ l		
ヘモグロビン量		g/dl		
血小板数		万/ $\mu$ l		
HIV-RNA量		コピー/ml		

(減症日以前の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、带状疱疹、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 23 年 9 月 17 日現症)

1 症状

(1) 自覚症状

激しい疲労感、記憶力低下、脱力、集中力低下、睡眠障害、物忘れ、耳鳴り、微熱、筋肉痛、羞明、頭痛を認める。

(2) 他覚所見

頸部リンパ節の腫大(軽度の圧痛あり)

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/ $\mu$ 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

一般検査上、特記すべき所見なし

3 人工臓器等

- (1) 人工肛門の造設 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 (必ず記入してください)

激しい慢性的な疲労感のため、社会生活に支障をきたしているが、日常生活については、介助なしで身の回りのことは可能である。軽作業は可能であるが、週に数日は休息が必要である。

⑰ 予後 (必ず記入してください)

不明

⑱ 備考

上記のとおり、診断します。

平成 23 年 9 月 17 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病院  
所在地 ○ ○ 市 ○ ○ 町 ○ ○

診療担当科名 内科  
医師氏名 ○ ○ ○ ○ 印



<慢性疲労症候群 3級>

(付 記)

○ 本例は、初診日が「平成 22年2月28日」であるので、障害認定日は 1年6月後の平成 23年8月28日となる。

この診断書の障害の状態は、平成 23年9月17日現症のもので、障害認定日以降3月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。

○ 傷病は「慢性疲労症候群」であるので、⑫、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

■ 認 定

---

障害の程度は、治療を行っても、激しい疲労感、記憶力低下、脱力、微熱、頸部リンパ節の腫大などの症状が続き、軽作業は可能であるが、週に数日は休息が必要とされており、一般状態区分は「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」となっている。また、平成3年（平成7年一部改変）旧厚生省研究班の重症度分類では、PS5に相当することから、「労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの」に該当すると認められるので、3級12号と認定される。