

Full Name 氏名		Date Of Birth 生年月日				Y/ 年	M/ 月	D 日	Age( 年齢	) 歳	Sex 性別	Male / Female 男 / 女									
Address 住 所		House number , Street , City , State/Province , Postcode , Country																			
①Name of the disease/injury that caused the disability 障害の原因となった傷病名	International Classification of Diseases(ICD) ICD-10 Code コード( )	②Date of onset 傷病の発生年月日		Y/ 年	M/ 月	D 日	<div><div></div><div>Confirmed from patient record 診療録で確認</div></div> <div><div></div><div>Statement of patient 本人の申立て</div></div> <div>( Y年/ M月/ D日)</div>	Occupation of patient 本人の発病時の職業													
		③The date the patient was first medically treated for ① ①のため初めて医師の診療を受けた日		Y/ 年	M/ 月	D 日	<div><div></div><div>Confirmed from patient record 診療録で確認</div></div> <div><div></div><div>Statement of patient 本人の申立て</div></div> <div>( Y年/ M月/ D日)</div>	④Existing disorder(s) 既存障害													
								⑤Medical history 既往症													
⑥Whether the disease/injury has been cured (including whether the symptoms have stabilized). 傷病が治った(症状が固定した状態を含む。)かどうか。		Date of recovery ( Y/ M/ D); confirmed / predicted 年 月 日 確認 ・ 推定					Prospects for improvement of symptoms 症状のよくなる見込			Yes / No / Unknown 有 無 不明											
⑦Medical history from the onset of illness to the present, progress of treatment, details, educational/employment status, duration, and other relevant information 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、就学・就労状況等、期間、その他参考となる事項		Name of the person making the statement: 陳述者の氏名											Relationship with the claimant: 請求人との続柄			Date of medical examination: 聴取年月日			Y/ 年	M/ 月	D 日
⑧Findings at the first visit to the medical institution issuing the medical certificate. 診断書作成医療機関における初診時所見 Date of initial consultation (Date: Y/ M/ D) 初診年月日 年 月 日																					
⑨Growth Progress and Education (Please provide as much detail as possible about growth progress and developmental history from birth to adulthood, educational history, and employment history.) これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴及びこれまでの職歴をできるだけ詳しく記入してください。)		a. Growth Progress and Education 発育・養育歴			b. Educational history 教育歴  Infancy 乳児期 Non-school attendance/deferral of attendance 不就学・就学猶予 Elementary school (regular classes, special needs classes, special needs schools) 小学校(普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校) Middle school (regular classes, special needs classes, special needs schools) 中学校(普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校) High school (regular classes, special needs schools) 高 校(普通学級 ・ 特別支援学校) Other その他							c. Employment history 職歴									
d.Treatment history (If you require more space, please use the [Remarks] column for section⑬. *Please give separate details for hospitalization and ambulatory visits at the same medical institution. 治療歴(書ききれない場合は⑬「備考」欄に記入してください。)(※ 同一医療機関の入院・外来は分けて記入してください。)																					
Name of medical institution 医 療 機 関 名		Treatment duration 治 療 期 間			Hospitalized / Ambulatory 入院・外来			Name of disease 病名			Primary treatment method 主な療法			Outcome (improved, worsened, unchanged) 転帰(軽快・悪化・不変)							
		Y/ M - Y/ M 年 月 ~ 年 月			Hospitalized / Ambulatory 入院・外来																
		Y/ M - Y/ M 年 月 ~ 年 月			Hospitalized / Ambulatory 入院・外来																
		Y/ M - Y/ M 年 月 ~ 年 月			Hospitalized / Ambulatory 入院・外来																
		Y/ M - Y/ M 年 月 ~ 年 月			Hospitalized / Ambulatory 入院・外来																
		Y/ M - Y/ M 年 月 ~ 年 月			Hospitalized / Ambulatory 入院・外来																

「診療録や確認または「本人の申立て」のどちらかにチェックをして本人の申立ての場合には、それと勘違い、年月日を記入してください。」  
Check either "Confirmed in medical records" or "Statement of the patient," and if it is based on the patient's statement, enter the date of the statement.

(Request) Please fill in clinical findings, etc. to the extent that you know them based on the medical records.  
(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。

⑩Condition of the disorder(present disorder: Y/ M/ D) 障害の状態( 年 月 日現症)	
A. Current illness or condition (please circle the appropriate Roman letters or numbers) 現在の病状又は状態像(該当のローマ数字、英数字を○で囲んでください。)	B. Please provide specific details about the condition listed on the left, including its severity, symptoms, prescribed medication, etc. 左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。
<div>Comparison with the previous medical certificate (Please fill in if a previous medical certificate has been created.) 前回の診断書の記載時との比較(前回の診断書を作成している場合は記入してください。)</div> <div><div><div>1. Unchanged 変化なし</div><div>2. Improved 改善している</div><div>3. Worsened 悪化している</div><div>4. Unclear 不明</div></div><div>I. Depression 抑うつ状態<div><div>1. Thought / motor retardation 思考・運動制止</div><div>2. Irritability / excitement 刺激性、興奮</div><div>3. Depressed mood 憂うつ気分</div><div>4. Suicide attempt 自殺企図</div><div>5. Suicidal thoughts 希死念慮</div><div>6. Other ( ) その他</div></div></div><div>II. Manic state そう状態<div><div>1. Behavioral repression 行為心迫</div><div>2. Polyphrasia / hyperactivity 多弁・多動</div><div>3. Abnormally elevated or irritable mood 気分(感情)の異常な高揚・刺激性</div><div>4. Delusion 観念奔逸</div><div>5. Increased Irritability / Irritability 易怒性・被刺激性亢進</div><div>6. Megalomania 誇大妄想</div><div>7. Other ( ) その他</div></div></div><div>III. Hallucinatory / delusional state, etc. 幻覚妄想状態 等<div><div>1. Hallucinatory 幻覚</div><div>2. Delusional 妄想</div><div>3. Delusion of control させられ体験</div><div>4. Disorders of thought patterns 思考形式の障害</div><div>5. Extremely strange behavior 著しい奇異な行為</div><div>6. Other ( ) その他</div></div></div><div>IV. Psychomotor agitation and stupor 精神運動興奮状態及び昏迷の状態<div><div>1. Excitement 興奮</div><div>2. Stupor 昏迷</div><div>3. Rejection of food /refusal to eat 拒絶・拒食</div><div>4. Disruptive thinking 減裂思考</div><div>5. Impulsive behavior 衝動行為</div><div>6. Self-mutilation 自傷</div><div>7. Akinesia / unresponsiveness 無動・無反応</div><div>8. Other ( ) その他</div></div></div><div>V. Schizophrenia, etc. residual state 統合失調症等残遺状態<div><div>1. Autistic 自閉</div><div>2. Emotional torpor 感情の平板化</div><div>3. Decreased volition 意欲の減退</div><div>4. Other ( ) その他</div></div></div><div>VI. Consciousness disorder / epilepsy 意識障害・てんかん<div><div>1. Clouding of consciousness 意識混濁</div><div>2. (Nocturnal) delirium (夜間)せん妄</div><div>3. Twilight state もうろう</div><div>4. Confusion 錯乱</div><div>5. Epileptic seizures てんかん発作</div><div>6. Splenetic 不機嫌症</div><div>7 Other ( ) その他</div></div><div>・State of epileptic seizures * Please refer to the notes describing types of epileptic seizure. ・てんかん発作の状態 ※発作のタイプは記入上の注意参照<div><div>1. Type of epileptic seizures: ( A , B , C , D ) てんかん発作のタイプ: ( A ・ B ・ C ・ D )</div><div>2. Frequency of epileptic seizures (Per year: , Monthly average: , Weekly average: , approx.) てんかん発作の頻度 ( 年間 回、月平均 回、週平均 回 程度 )</div></div></div><div>VII. Intellectual impairment, etc. 知能障害等<div><div>1. Intellectual impairment 知的障害</div><div>a Mild 軽度</div><div>b Moderate 中等度</div><div>c Severe 重度</div><div>d Maximum severity 最重度</div><div>2. Dementia 認知症</div><div>a Mild 軽度</div><div>b Moderate 中等度</div><div>c Severe 重度</div><div>d Maximum severity 最重度</div><div>3. Brain injury 高次脳機能障害<div><div>a Apraxia 失行</div><div>b Agnosia 失認</div><div>c Memory impairment 記憶障害</div><div>d Attention disorder 注意障害</div><div>e Executive dysfunction 遂行機能障害</div><div>f Social behavior disorder 社会的行動障害</div></div></div><div>4. Learning difficulty 学習障害</div><div>a Reding 読み</div><div>b Writing 書き</div><div>c Arithmetic 計算</div><div>d Other ( ) その他</div><div>5. Other ( ) その他</div></div></div><div>VIII. Symptoms related to developmental disorders 発達障害関連症状<div><div>1. Qualitative impairment in social interaction 相互的な社会関係の質的障害</div><div>2. Verbal communication disorder 言語コミュニケーションの障害</div><div>3. Limited stereotypical / repetitive interests and behavior 限定した常同的で反復的な関心と行動</div><div>4. Other ( ) その他</div></div></div><div>IX. Personality change 人格変化<div><div>1. Impaired state 欠陥状態</div><div>2. Apathy 無関心</div><div>3. Abulia 無為</div><div>4. Other symptoms, etc. ( ) その他症状等</div></div></div><div>X. Abuse, dependency, etc. (Name of drug(s), etc.) 乱用、依存等(薬物等名: )<div><div>1. Abuse 乱用</div><div>2. Dpendency 依存</div></div></div><div>XI. Other ( ) その他</div></div></div>	

You do not need to fill in any fields that are not related to the degree and condition of the patient’s disability. (Please cross out any irrelevant fields.)  
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。)



Points to note when completing this document  
記入上の注意

1. Due to the nature of the disease / injury, it is required that this certificate of diagnosis must be completed by a designated mental health physician or a physician who is specialized in the field of psychiatry. In case of disease with a wide range of medical specialties, such as epilepsy, intellectual disabilities, development disorders, dementia, and higher brain dysfunction, when the primary care doctors are specializing in pediatrics, neurosurgery, neurology, rehabilitation medicine and geriatrics, who are engaged in the diagnosis or treatment of psychiatric and neurological disorders can fill out.

この診断書は、傷病の性質上、原則、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に記入していただくことになっています。ただし、てんかん、知的障害、発達障害、認知症、高次脳機能障害など診療科が多岐に分かれている疾患について、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などを専門とする医師が主治医となっている場合、これらの科の医師であっても、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば記入可能です。

2. This certificate of diagnosis represents one of the documents that must be attached to the claim by the individual attempting to claim invalidity benefits under the National Pension, Employees’ Pension Insurance, and will accordingly be used to verify whether or not the extent of the claimant’s disorder at 18 months after the initial consultation is applicable under any of the enforcement ordinance appendices of the National Pension Law, the Employees’ Pension Insurance Law (hereinafter, enforcement ordinance appendices).

It will also be used to establish whether an individual whose disorder was not of an extent applicable under any of the enforcement ordinance appendices 18 months after the initial consultation fell under any of the applicable states on or before the day preceding their 65th birthday.

[In addition, this certificate of diagnosis will also be used to verify whether the extent of a disorder is applicable under any of the enforcement ordinance appendices for individuals attempting to claim additional allowances for National Pension, Employees’ Pension Insurance, benefits.]

この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

[また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。]

3. In section ③, enter the date the patient first received medical treatment for the disease or injury causing the disorder, not the date of diagnosis, for the purpose of compiling this certificate of diagnosis. If the patient has previously been treated by another doctor, please provide the information based on the patient’s statement.

③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診察している場合は、本人の申立てによって記入してください。

4. Please note the following when filling out the “Disability Status” section.

「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

- (1) You do not need to fill in any fields that are not related to the degree and condition of the patient’s disability. (Please cross out any irrelevant fields.)  
If there is not enough space to fill in all the information, please attach a separate piece of paper on which you provide the necessary information.

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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

- (2) Under “Present condition or clinical presentation”, please complete the “Comparison with details entered on last Certificate of Diagnosis” if a previous Certificate has been prepared.

現在の症状又は状態像の「前回の診断書の記載時との比較」については、前回の診断書を作成している場合は記入してください。

- (3) For intellectual impairments, please state the intelligence quotient (or mental age) of the patient in section ⑩ [g. Clinical findings].  
知能障害の場合は、知能指数（又は精神年齢）と検査日を⑩の欄の「カ 臨床検査」欄に必ず記入してください。

- (4) As the frequency of epileptic seizure, please state the situation over the last 2 years, or the situation generally expected over the next 2 years.  
Also, in the section on epileptic seizures, please circle one of A–D for the type of seizure as described below.

てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。

また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。

- A: A seizure displaying impaired awareness and behavior inappropriate to the situation  
意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作  
B: A seizure involving a fall, regardless of whether accompanied by impaired awareness or not  
意識障害の有無を問わず、転倒する発作  
C: A seizure not involving a fall but with loss of consciousness and interrupted action  
意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作  
D: A seizure involving no impaired awareness, but with loss of voluntary movement  
意識障害はないが、随意運動が失われる発作

5. If the name of a neurotic, stress related or somatoform disorder (ICD-10 code “F4”) has been entered in “① Name of disease/injury that caused the disorder”, please enter the ICD-10 code for the disorder if a state of “schizophrenia, schizotypal and delusional disorders” or “mood (emotional) disorder” has been indicated, making a note to that effect in “⑬ Remarks”.

「①障害の原因となった傷病名」欄に神経症圏（ICD-10コードが「F4」）の傷病名を記入した場合で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」または「気分（感情）障害」の病態を示しているときは、「⑬備考」欄にその旨と、示している病態のICD-10コードを記入してください。

6. If patient have aphasia caused by higher brain injury, a medical certificate (Disabilities of verbal functions) must be submitted together.  
高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要になります。