


国民年金
Employees' Pension Insurance
厚生年金保険
Seaman's Insurance
船員保険

Medical Certificate (For respiratory disorders)

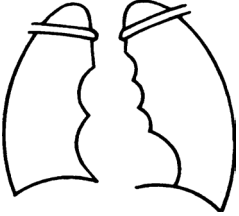
診断書 (呼吸器疾患の障害用)

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 disease/injury that caused the disorder 障害の原因となった傷病名		②Date of onset 傷病の発生年月日			Y/ 年	M/ 月	D 日	<div>Confirmed from patient record 診療録で確認</div> <div>Statement of patient 本人の申立て</div> (Y年/ M月/ D日)			
		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>Confirmed from patient record 診療録で確認</div> <div>Statement of patient 本人の申立て</div> (Y年/ M月/ D日)			
④Cause of the disease/injury 傷病の原因又は誘因		Date of initial consultation 初診年月日 (Date: Y/ M/ D)			⑤Existing disorder(s) 既存障害		⑥Medical history 既往症				
⑦Whether the disease/injury has been cured (including whether the symptoms have stabilized). 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。		If the disease/injury has healed ... 傷病が治っている場合			Date of recovery (Y/ M/ D); confirmed / Estimated 治った日 確認 ・ 推定						
		If the disease / injury has not healed ... 傷病が治っていない場合			Possibility of improvement of symptoms 症状のよくなる見込 Yes / No / Unknown 有 無 不明						
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											
⑨Contents and duration of treatment, clinical course, duration, and other important information. (In the case of antineoplastic chemotherapy, please report the drug name and duration.) 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項 (抗結核化学療法を行った場合は、使用薬剤名及び使用期間を明記してください。)					Frequency of consultations 診療回数		Frequency 回数 (/year 年) Average Frequency 平均回数 (/month 月)				
					History of operations 手術歴 Name of operation(手術名)			Date of operation (Date: Y/ M/ D) 手術年月日 (年 月 日)			
Condition of the disability 障害の状態											
⑩Common items (Fill out all the colums.) 共通項目(この欄は、必ず記入してください。)											
1. Physical measurement (Date: Y/ M/ D) 身体計測				3.Classification of general conditions (Date: Y/ M/ D)(Please select the item and circle one.) 一般状態区分表 (年 月 日)(該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。)							
Height (cm) 身長 cm				Weight (kg) 体重 kg		a. The patient is asymptomatic and can engage in social activities without restriction. The patient can behave in the same manner as before the onset of the disorder. 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					
2.Chest X-ray findings (A) 胸部X線所見 (A) (1) Pleural adhesion (none, mild, moderate, severe) 胸膜癒着 (なし・軽・中・高) (2) Emphysema (none, mild, moderate, severe) 気腫化 (なし・軽・中・高) (3) Fibrosis (none, mild, moderate, severe) 線維化 (なし・軽・中・高) (4) Opaque lung (none, mild, moderate, severe) 不透明肺 (なし・軽・中・高) (5) Thoracic deformity (none, mild, moderate, severe) 胸郭変形 (なし・軽・中・高) (6) Cardiac or mediastinal deformity (none, mild, moderate, severe) 心縦隔の変形 (なし・軽・中・高) (7) Honeycomb lung (none, mild, moderate, severe) 蜂巣肺 (なし・軽・中・高)				Date of exam X-ray (Date: Y/ M/ D) 撮影年月日 年 月 日 							
4.Respiratory failure[present disorder] (Date: Y/ M/ D) 臨床所見				6.Ventilatory function (Date: Y/ M/ D) 換気機能							
(1) Subjective symptoms 自覚症状				(2) Objective symptoms 他覚所見				(1) Forced vital capacity ml 肺活量実測値(VC)			
Cough (no, yes, severe) 咳(無、有、著)				Corpulmpnale (no, yes) 肺性心所見(無、有)				(2) Predicted vital capacity ml (%Vital capacity) 予測肺活量 %肺活量			
Sputum(no, yes, severe) 痰(無、有、著)				Cyanosis (no, yes) チアノーゼ(無、有)				(3) Forced vital capacity (FVC) ml 努力性肺活量(FVC)			
Chest pain (no, yes, severe) 胸痛(無、有、著)				Clubbed finger (no, yes) ばち状指(無、有)				(4) Forced expiratory volume in one seconde 1秒量(FEV1.0)			
Dyspned 呼吸困難				Nutritional status (good, moderate, poor) 栄養状態(良、中、不良)				(5) Forced expiratory capacity (FEV) 1% 努力性肺活量1秒率(FEV1%)			
At rest (no, yes, severe) 安静時(無、有、著)				Rales (yes, partial, extended) ラ音(有、一部、広範囲)				(6) FEV1.0 % to predicted VC 予測肺活量1秒率			
On exertion (no, yes, severe) 体動時(無、有、著)				Pulse rate () 脈拍数()				7.Arterial blood gas analysis (Date: Y/ M/ D) 動脈血ガス分析			
Stridor (no, yes, severe) 喘鳴(無、有、著)								(1) Oxygen inhalation (yes, no) 酸素吸入を施行している・施行していない Home oxygen therapy (HOT) is not used (What type of oxygen inhalation therapy is used?) 在宅酸素吸入ではない。(どのような方法ですか?) Home oxygen therapy (HOT) 在宅酸素吸入である。Date of inhalation (Date: Y/ M/ D) 開始日(年 月 日) Duration (hours/day, constantly) 施行時間(時間/日、常時) Volume of oxygen to be inhaled (L/min) 酸素吸入量(ℓ/分)			
5. Degree of activity (respiratory failure) (Please circle one that applies) 活動能力(呼吸不全)の程度(該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください)				(2) Arterial blood gas analysis 動脈血ガス分析値 ①PaO ₂ (動脈血酸素分圧) ・() Torr ②PaCO ₂ (動脈血炭酸ガス分圧) ・() Torr ③ph (動脈血)							
i The patient's ability to walk and go up stairs is comparable to the norm for the same age. 同年齢の健康人と同様に歩行、階段の昇降ができる。 ii a. The patient cannot go up stairs as fast as the norm, although he/she can go up stairs slowly. 階段を人並みの速さで登れないが、ゆっくりなら登れる。 b. The patient cannot go up stairs without taking rests several times. 階段をゆっくりでも登れないが、途中休み休みなら登れる。 c. The patient can walk slowly, although walking at the normal speed causes a choking sensation. 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。 d. Walking slowly, even for a short period of time, causes a choking sensation. ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。 e. The patient cannot do any activities required for daily living because of a severe choking sensation. 息苦しくて身のまわりのこともできない。				(Note) In case of involving oxygen inhalation therapy, report the values obtained during inhalation. (注) 酸素吸入中の場合は、検査値を()内に記入してください。							

8.Other findings (Date: Y/ M/ D)
その他の所見 年 月 日

⑪Pulmonary tuberculosis[present disorder (Date: Y/ M/ D)]
肺結核症 年 月 日現症

1. Chest X-ray findings (B)
胸部X線所見 (B)
Initial consultation (Date: Y/ M/ D)
初診時 年 月 日



Evaluate the X-ray findings in Fig. A in the previous page according to the classification defined by the Japanese Association of Tuberculosis and record the results.
前頁のA図のX線所見の日本結核病学会分類を記入してください。

Classification defined by the Japanese Association of Tuberculosis
日本結核病学会分類

Affected side
病側

Right, Left, Bilateral
右 左 両

Extension of lesion
病巣の拡がり

1 2 3

X-ray classification type
病型

I II III IV V

Right, Left, Bilateral
右 左 両

1 2 3

I II III IV V

2. Results of examination for tubercle bacillus
(if currently negative, please state this and the date of the last positive result)
結核菌検査成績(現在陰性のときはその旨と最終陽性時期を併記してください。)
Specimens (sputum, throat swab, bronchial lavage, gastric juice, puncture fluid)
検査材料(たん、喉頭粘液、気管支洗滌液、胃液、穿刺液)

Smvear
塗抹

Culture
培養

Date (Y/ M/ D) -, + (Gaffky scale); -, + (Gaffky colonies)
年 月 日 ガフキー 号 コロニー

Date (Y/ M/ D) -, + (Gaffky scale); -, + (Gaffky colonies)
年 月 日 ガフキー 号 コロニー

3. Grade of bed-rest and exercise status
(Record the resting level according to the guidelines for treatment of tuberculosis.)
安静度(結核の治療指針の安静度表によって記入してください。)
Grade 1, Grade 2, Grade 3, Grade 4, Grade 5, Grade 6, Grade 7, Grade 8, Infinite
1度 2度 3度 4度 5度 6度 7度 8度 無制限

4. Other findings
その他の所見
(Treatment at the public medical expense according to the Tuberculosis Control Law: yes, no)
(結核予防法による公費負担医療適用の有無 有・無)

⑫Pneumoconiosis[present disorder (Date: Y/ M/ D)]
じん肺 年 月 日現症

1. X-ray film classification according to the Pneumoconiosis Control Law (1 2 3 4)
じん肺法X線写真区分

2. Pneumoconiosis management rating (1 2 3 イ・ロ 4)
じん肺管理区分

⑬Bronchial asthma[present disorder (Date: Y/ M/ D)]
気管支喘息 年 月 日現症

1. Time course and symptoms
時間の経過と症状
(1) Presence of asymptomatic period between periods of asthmatic symptoms.
喘息症状の間に無症状の期間がある。
(2) Absence of asymptomatic period because of continuous asthmatic symptoms.
持続する喘息症状のために無症状の期間がない。

3. Severity of asthmatic attack
発作の強度
(1) Severe attack: The patient cannot move or talk because of dyspnea.
大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難
(2) Moderate attack: The patient cannot lie down or talk because of a dyspnea.
中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい
(3) Mild attack: Despite dyspnea, the patient can lie down and talk almost normally.
小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通
(4) Others
その他
①Only wheezing
喘鳴のみ
②Dyspnea is recognized when the patient is in a hurry.
急ぐと苦しい
③No dyspnea choking is recognized even when the patient is in a hurry.
急いでも苦しくない

4. Frequency of attacks
発作の頻度
(1) ≥ 5 days/week
1週に5日以上
(2) 3-4 days/week
1週に3〜4日
(3) 1-2 days/week
1週に1〜2日
(4) Others
その他

2. Peak expiratory flow rate (PEFR)
ピークフロー値
Recent data (obtained within a month)
Maximum rate: (1/min), Minimum rate: (1/min), Average rate: approximately (1/min)
(This is based on the assumption that the patient is in a chronic stabilization phase. The results obtained at the time of asthmatic attack are excluded.)
最近(1ヶ月程度の期間)の
最高値 0/分、最低値 0/分、平均 約 0/分
(但し慢性安定期であることを前提とし、発作時の成績は除く)

6. Treatment
治療
Please circle the drugs used in your treatment.
治療で使用している薬剤に○印をつけてください。
① Inhaled steroids (Yes/No):Usage (Low / Medium / High)
吸入ステロイド薬(有・無):使用量(低用量・中用量・高用量)
②Other drugs (used in combination)
その他の薬剤(併用している)

•Long-acting β 2 agonists
長時間作用性β 2刺激薬

•Leukotriene receptor antagonists
ロイコトリエン受容体拮抗薬

•Controlled-release Theophylline
テオフィリン徐放製剤

•Anti-IgE antibodies
抗IgE抗体

•Oral steroids
経口ステロイド薬

•Others(
その他(

Drug administration method
薬剤投与の方法
(1) Consecutive administration of prednisolone in a dose equivalent to ≥10 mg/day.
プレドニゾンを1日に10mg相当以上を連用している。
(2) Consecutive administration of prednisolone in a dose equivalent to ≥5 mg/day and inhalation of steroid in a dose of ≥600 Mg/day.
プレドニゾンを1日に5mg相当以上と吸入ステロイドを600 μ g以上を連用している。
(3) Oral administration or injection of steroid more than once a month (average frequency /month).
ステロイド薬を経口又は注射で、月1回以上投与している。 月平均
(4) Consecutive inhalation of steroid in a dose of ≥400 Mg/day.
吸入ステロイドを1日400 μ g以上を連用している。
(5) In combination with oral steroid treatment only at the time of attack.
発作時のみ経口ステロイドを併用する。
(6) Asthmatic symptoms are controlled only by bronchodilators
気管支拡張薬のみでコントロールしている。

7. History of smoking
喫煙歴
Never smoked
吸ったことがない
Quit: cigarettes / day for years
やめた:1日()本 × ()年間
Still smoke: cigarettes / day for years
吸う :1日()本 × ()年間

5. History of hospitalization and emergency room visits
入院・救急室受診歴
(1) History of hospitalization Yes・No
(If the individual was hospitalized for asthma during the past two years, state the period.)
入院歴 有・無 (過去2年間に喘息のために入院した場合は、その期間を記入)
(2) Emergency room visits Yes・No (If in the last six months, please give details)
救急室受診歴 有・無 (6ヶ月以内に受診した場合は、記入)

<p>⑭Findings of other disorders or symptoms [present disorder (Date: Y/ M/ D)] その他の障害又は症状の所見等(年 月 日現症)</p>	
<p>⑮Ability to perform daily activities and work with present symptoms (Please be sure to complete this section). 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。)</p>	
<p>⑯Prognosis (Please be sure to complete this section). 予後(必ず記入してください。)</p>	
<p>⑰Remarks 備考</p>	

I hereby make the above diagnosis.
(上記のとおり診断します。)

Date: Y/ M/ D
 年 月 日)

Name of hospital or clinic:
(病院又は診療所の名称)

Name of department responsible for treatment:
(診療担当科名)

Address:
(所在地)

Physician's Signature:
(医師氏名)

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。)

Patient Name: _____
患者氏名

Points to note when completing this document

記入上の注意

1. This certificate of diagnosis represents one of the documents that must be attached to the claim for invalidity benefits under the National Pension, Employees’ Pension Insurance, or Seaman’s 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 or the Seaman’s 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 claiming additional allowances for National Pension, Employees’ Pension Insurance, or Seaman’s Insurance pension benefits.]
この診断書は、国民年金、厚生年金保険又は船員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、厚生年金保険法施行令別表又は船員保険法施行令別表（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、厚生年金保険又は船員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。]
2. In section ㉓, 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.
㉓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。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
3. Regarding “Frequency of consultations” in section ㉑, please indicate the frequency of consultations during the last year preceding the onset of the current disorder. (Please note that one day of hospitalization should count as one medical consultation.)
㉑の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。
4. For [Condition of the disorder], you do not need to fill in columns that are unrelated to the extent or condition of the patient’s disorder. (Please cross out any unrelated sections.) If you do not have enough space for your entry, please attach a separate piece of paper to complete your statement.
「障害の状態」の欄は、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。）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。
5. For tuberculosis, pulmonary suppuration, or silicosis (including similar Pneumoconiosis), a chest X-ray film must be attached to this medical certificate. If the X-ray film is stored on a CD or other storage medium, please attach a printout of the image.
結核、肺化のう症、けい肺（これに類似するじん肺症を含む）においては、この診断書の外に、胸部X線フィルムを必ず添付してください。なお、CD等で保管されている場合は、画像をあらかじめ印刷したものを添付願います。
6. Please enter the amount of inhaled steroid you use to treat your asthma, referring to the recommended amounts for each treatment step in the "Asthma Prevention & Management Guidelines 2009 (JGL2009)."
喘息治療に使用している吸入ステロイド薬の使用量は、「喘息予防・管理ガイドライン2009（JGL2009）」の各吸入ステロイド薬の治療ステップ別推奨量を参考として記入してください。

(Reference)
(参考)

Name of drug 薬剤名	Low 低用量	Medium 中用量	High 高用量
BDP-HFA	100～200 μ g/dia	200～400 μ g/dia	400～800 μ g/dia
FP-HFA	100～200 μ g/dia	200～400 μ g/dia	400～800 μ g/dia
CIC-HFA	100～200 μ g/dia	200～400 μ g/dia	400～800 μ g/dia
FP-DPI	100～200 μ g/dia	200～400 μ g/dia	400～800 μ g/dia
BUD-DPI	200～400 μ g/dia	400～800 μ g/dia	800～1,600 μ g/dia
MF-DPI	100～200 μ g/dia	200～400 μ g/dia	400～800 μ g/dia