

(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。

内

National Pension
国民年金
Employees' Pension Insurance
厚生年金保険

Medical Certificate
診断書

(For kidney disease, liver disease, and diabetes)
(腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用)

Form No.120-6-(2)
様式第120号の6-(2)

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. 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項					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)			Dates of operation (Date: Y/ M/ D) 手術年月日 (年 月 日)							
⑩ Measurement 計測 (Date: Y/ M/ D) (年 月 日)	Height 身長	cm	Pulse 脈拍	times / minutes 回/分	Blood pressure 血圧	Maximal 最大	mmHg		Use of antihypertensive medication 降圧薬の服用						
	Weight 体重	kg				Minimal 最小	mmHg		No / Yes 無 有						
⑪Classification 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。)															
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 b. The patient has mild symptoms, and his ability to do physical work is limited. However, he can walk and do light or sedentary work (light housework, clerical work, etc.). 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできるもの 例えば、軽い家事、事務など c. The patient can walk and care for themselves but may need some assistance at times. The patient cannot do light work but is active at home for more than 50% of the day. 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 d. The patient can do some self-care but often requires assistance, spends more than 50% of the day in bed, and is virtually unable to go outside on their own. 身のまわりのある程度ことはできるが、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 e. The patient is unable to care for themselves, requires constant assistance, and is forced to stay in bed all day. The range of the patient’s activity is limited to the area around the bed. 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。															
Condition of the disability 障害の状態															
⑫Nephropathy [present disorder (Date: Y/ M/ D)] (If the patient has renal retinopathy or diabetes, please also fill in the necessary information in ⑭ the Diabetes Mellitus section.) 腎疾患 (年 月 日現症) (腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(⑭)の欄にも必要事項を記入してください。)															
1.Clinical findings 臨床所見 (1) Subjective symptoms 自覚症状 Nausea / vomiting (No/Yes/severe) 悪心・嘔吐 (無 ・ 有 ・ 著) Anorexia (No/Yes/severe) 食欲不振 (無 ・ 有 ・ 著) Headache (No/Yes/severe) 頭痛 (無 ・ 有 ・ 著) Dyspnea (No/Yes/severe) 呼吸困難 (無 ・ 有 ・ 著)				(2) Objective symptoms 他覚所見 Edema (No/Yes/severe) 浮腫 (無 ・ 有 ・ 著) anemia (No/Yes/severe) 貧血 (無 ・ 有 ・ 著) Acidosis (No/Yes/severe) アシドーシス (無 ・ 有 ・ 著) Symptoms related to renal failure 腎不全に基づく Neurological symptoms (No/Yes/severe) 神経症状 (無 ・ 有 ・ 著) Vision disorder (No/Yes/severe) 視力障害 (無 ・ 有 ・ 著)								(3) Laboratory results (Refer to the instructions before filling out this table.) 検査成績 (記入上の注意を参照)			
2.Kidney biopsy (No/Yes) (Date of biopsy: Y/ M/ D) 腎生検 無 ・ 有 検査年月日 年 月 日 Findings 所見				Date of examination 検査日		Items of examination 検査項目		Date of examination 検査日		Items of examination 検査項目					
				Daily protein in the urine (g/day) 1日尿蛋白量(g/日)		Serum Alubumin(g/dℓ) 血清アルブミン (Method:BCG, BCP, modified type BCP) (BCG法, BCP法,改良型BCP法)									
				Protein in the urine/urine creatinine ratio (g/gCr) 尿蛋白/尿クレアチニン比		Total cholesterol(mg/dℓ) 総コレステロール									
				Protein in the urine (qualitative) 尿蛋白(定性)		Blood urea nitrogen (BUN)(mg/dℓ) 血液尿素窒素									
				Red cell count(×104/μℓ) 赤血球数		Serum creatinine(mg/dℓ) 血清クレアチニン									
				Hemoglobin(g/dℓ) ヘモグロビン		eGFR (mℓ/min/1.73 m ²) (mℓ/分/1.73 m ²)									
				White cell count(μℓ) 白血球数		24hour urine volume (mℓ/day) 1日尿量(mℓ/日)									
Platelet count(×104/μℓ) 血小板数		Endogenous creatinine clearance (mℓ/min) 内因性クレアチニン・クリアランス(mℓ/分)													
		Total protein in the serum(g/dℓ) 血清総蛋白		Arterial blood (HCO3-) (mEq/ℓ) 動脈血											

You do not need to fill in columns that are unrelated to the extent or condition of the patient’s disorder. (Please cross out 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。)

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.
「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかにチェックを付して本人の申立ての場合は、それを聴いた年月日を記入してください。

Condition of the disability
障害の状態

3. Dialysis
人工透析療法
(1) History of dialysis (No/Yes) (hemo dialysis, peritoneal dialysis, hemo filtration)
人工透析療法の実施の有無 無 ・ 有 (血液透析、腹膜透析、血液濾過)
(2) Initiation of dialysis (Date: Y/ M/ D)
人工透析開始日 年 月 日
(3) Condition and frequency of dialysis (excluding peritoneal dialysis) (Number of sessions /week, Duration per session /hours)
人工透析実施状況(腹膜透析を除く) 回数 回/週、1回 時間
(4) Clinical course after initiation of dialysis
人工透析導入後の臨床経過

(5) Complication resulting from prolonged dialysis (No/Yes)
長期透析による合併症 無 ・ 有
Clinical findings 所見

4. Other findings
その他の所見
(1) Kidney transplantation 腎移植 (No/Yes) (無 ・ 有)(Date of transplantation : Y / M / D)
移植年月日 年 月 日
clinical course 経過
(2) Others
その他

⑬Hepatopathy [present disorder (Date: Y/ M/ D)]
(In case of complication of kidney disorder or diabetes mellitus, important information should be reported in section ⑭ for diabetes mellitus or ⑫nephropathy)
肝疾患 (年 月 日現症) (糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)、腎疾患(⑫)の欄にも必要事項を記入してください。)

1. Clinical findings
臨床所見
(1) Subjective symptoms
自覚症状
General malaise (No/Yes/Severe) 全身倦怠感 (無 ・ 有 ・ 著)
Fever (No/Yes/Severe) 発熱 (無 ・ 有 ・ 著)
Anorexia (No/Yes/Severe) 食欲不振 (無 ・ 有 ・ 著)
Nausea / Vomiting (No/Yes/Severe) 悪心・嘔吐 (無 ・ 有 ・ 著)
Pruritus (No/Yes/Severe) 皮膚そう痒感 (無 ・ 有 ・ 著)
Painful muscle cramps (No/Yes/Severe) 痛性筋痙攣 (無 ・ 有 ・ 著)
Hematemesis / Hematochezia (No/Yes/Severe) 吐血・下血(無 ・ 有 ・ 著)
(2) Objective symptoms
他覚所見
Atrophy of liver (No/Yes/Severe) 肝萎縮 (無 ・ 有 ・ 著)
Splenomegaly (No/Yes/Severe) 脾腫大 (無 ・ 有 ・ 著)
Edema (No/Yes/Severe) 浮腫 (無 ・ 有 ・ 著)
Ascites (No/Yes/refactory) 腹水 (無 ・ 有 ・ 有(難治性))
Jaundice (No/Yes/Severe) 黄疸 (無 ・ 有 ・ 著)
Dilatation of epigastric veins (No/Yes/Severe) 腹壁静脈怒張 (無 ・ 有 ・ 著)
Hepatic encephalopathy (No/Yes (degree:)) 肝性脳症 (無 ・ 有 ・ (度))
Bleeding tendency (No/Yes/Severe) 出血傾向 (無 ・ 有 ・ 著)

(3) Laboratory results (Refer to the instructions before filling out this table.)
検査成績 (記入上の注意を参照)

Items of examination 検査項目	Reference value 施設基準値	Date of examination 検査日			Items of examination 検査項目	Reference value 施設基準値	Date of examination 検査日					
		・	・	・			・	・	・			
AST(GOT) (IU/ℓ)					A/G ratio A/G比							
ALT(GPT) (IU/ℓ)					Platelet count (×10 ⁴ /μℓ) 血小板数							
γ -GTP (IU/ℓ)					Prothrombin time (%) プロトロンビン時間							
Serum total bilirubin (mg/dℓ) 血清総ビリルビン					Total cholesterol (mg/dℓ) 総コレステロール							
Alkaliphosphatase (IU/ℓ) アルカリホスファターゼ					Blood ammonia (μg/dℓ) 血中アンモニア							
Total protein in the serum (g/dℓ) 血清総蛋白					AFP (ng/mℓ)							
Serum Alubumin (g/dℓ) 血清アルブミン (Method:BCG, BCP, modified type BCP) (BCG法, BCP法,改良型BCP法)					PIVKA-II (mAU/mℓ)							
2. Grade according to Child-Pugh Classification Child-Pughによるgrade A. (5 ・ 6) B. (7 ・ 8 ・ 9) C. (10 ・ 11 ・ over12) 12以上		In case of alchoholic cirrhosis アルコール性肝硬変の場合				The patient has not consumed alcohol for 180 days or more. 180日以上アルコールを摂取していない。				○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×
						Receiving necessary treatment on an ongoing basis. 継続して必要な治療を実施している。				○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×

3. Liver biopsy (No/Yes) Date of examination (Y/ M/ D)
肝生検 無 ・ 有 検査年月日 年 月 日
Findings Grade() Stage()
所見 グレード ステージ

4. Oesophageal varices
食道・胃などの静脈瘤
(1) No / Yes (Date of biopsy: Y/ M/ D)
無 ・ 有 検査年月日 年 月 日
(2) Past history of haematemesis/melaena No/Yes (times)
吐血・下血の既往歴 無 ・ 有 回
(3) History of treatment No/Yes (times)
治療歴 無 ・ 有 回

5. History of treatment of hepatoma (No/Yes)
へパトーマ治療歴 無 ・ 有
Surgical treatment 手術 (frequency 回数)
Local therapy 局所療法 (frequency 回数)
Arterial embolotherapy 動脈塞栓術 (frequency 回数)
Radiation therapy 放射線療法 (frequency 回数)
chemotherapy 化学療法 (frequency 回数)

6. History of treatment for spontaneous bacterial peritonitis and other conditions associated with cirrhosis.
特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴
Findings
所見

7. Prescriptions
治療の内容
(1) Diuretic (No/Yes)
利尿剤 (無 ・ 有)
(2) Special amino acid preparation (No/Yes)
特殊アミノ酸製剤 (無 ・ 有)
(3) Antiviral therapy (No/Yes)
抗ウイルス療法 (無 ・ 有)
specific content
具体的内容
(4) Albumin / plasma preparation (No/Yes)
アルブミン・血漿製剤 (無 ・ 有)
(5) Platelet transfusion (No/Yes)
血小板輸血 (無 ・ 有)
(6) Others
その他

8. Other findings
その他の所見
(1) Liver transplantation (No/Yes)(Date of transplantation : Y / M / D)
肝移植 (無 ・ 有) 移植年月日 年 月 日
clinical course
経過
(2) Others (Ultrasonography, CT scanning, MRI, etc.) (Date: Y/ M/ D)
その他(超音波・CT・MRI検査等) 年 月 日

⑭Diabetes Mellitus [present disorder (Date: Y/ M/ D)] (If renal complications are present, please fill in the necessary information in the Renal Disease (⑫) section.)
糖尿病 (年 月 日現症) (腎合併症を認める例では、腎疾患(⑫)の欄に必要事項を記入してください。)

1. Disease type (Select one from the following types and circle it.)
病型(いずれかの病型に○を付してください。)
(1) Type 1 diabetes (2) Type 2 diabetes (3) Other types (name of disease:)
1型糖尿病 2型糖尿病 その他の型 病名

2. Laboratory results (Refer to the instructions before filling out this table.)
検査成績 (記入上の注意を参照)

Items of examination 検査項目	Date of examination 検査日		
	・	・	・
HbA1c (NGSP) (%)			
Fasting or after meals blood glucourse (mg/dL) 空腹時又は食後血糖値	Fasting/meals after (h) 空腹・食後 時間	Fasting/meals after (h) 空腹・食後 時間	Fasting/meals after (h) 空腹・食後 時間
Has been receiving necessary insulin treatment continuously for more than 90 days prior to each exam date. 各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している。	○ ・ ×	○ ・ ×	○ ・ ×
Fasting or as needed C-peptide level(ng/mL) 空腹時又は随時血清Cペプチド値	Fasting / as needed 空腹時・随時	(Date: Y/ M/ D) 検査日 年 月 日	

3. Condition of treatment
治療状況
(1) By insulin (drug name:) unit/day, times/day, unit/kg(weight)
インスリンによる(薬剤名) 単位/日、 回/日、 単位/kg(体重)
(2) Treatment other than insulin (specific treatment:)
インスリン以外の治療による(具体的な治療:)

4. Difficulties in blood sugar control
血糖コントロールの困難な状況
(1) Severe hypoglycemia with impaired consciousness, preventing self-recovery (No/Yes) (times/year)
意識障害により自己回復ができない重症低血糖 (無 ・ 有) (回/年)
(2) Hospitalization due to diabetic ketoacidosis (No/Yes) (hospitalization times/year)
糖尿病ケトアシドーシスによる入院 (無 ・ 有) (入院 回/年)
(3) Hospitalization due to hyperglycemic hyperosmolar synd. (No/Yes) (hospitalization times/year)
高血糖高浸透圧症候群による入院 (無 ・ 有) (入院 回/年)
Finding
所見

5. Complications
合併症
(1) Eye disorders (No/Yes) (Symptoms and Findings)
眼の障害 (無 ・ 有) 症状・所見等
(3) Disabilities of physical (No/Yes) (Symptoms and Findings)
肢体の障害 (無 ・ 有) 症状・所見等
(2) Nervous system disorders (No/Yes) (Symptoms and Findings)
神経系統の障害 (無 ・ 有) 症状・所見等

<div>⑮Other metabolic disorders [present disorder (Date: Y/ M/ D)]</div> <div>その他の代謝疾患 (年 月 日現症)</div> <div>(Subjective or Objective symptoms, Laboratory results, etc.)</div> <div>(自覚症状・他覚所見・検査成績等)</div>	
<div>⑯Ability to perform daily activities and work with present symptoms</div> <div>(Please be sure to complete this section).</div> <div>現症時の日常生活活動能力及び労働能力</div> <div>(必ず記入してください。)</div>	
<div>⑰Prognosis</div> <div>(Please be sure to complete this section).</div> <div>予後(必ず記入してください。)</div>	
<div>⑱Remarks</div> <div>備考</div>	

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)

Patient Name: _____
患者氏名

Points to note when completing this document

記入上の注意

1. This medical certificate is one of the documents that must be attached to the pension claim of those who wish 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。）
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療日ではなく、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. 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) Ensure you fill out all the following sections: ㉑-㉒ and ㉒-㉓. You do not need to fill out sections that are not related to the severity or condition of 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.
㉑～㉒及び㉒～㉓の欄は、全て記入してください。それ以外について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。
(2) Regarding the "1.Clinical findings" in the section ㉒-㉓, report the laboratory results obtained in the two laboratory tests conducted during the past 6 months, In case of dialysis, the results of renal function tests conducted after completion of dialysis should be reported,
㉒及び㉓欄の「1 臨床所見」の検査成績は、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は、当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入してください。
(3) Regarding "Serum albumin"result in"1.Clinical findings" in the section ㉒-㉓, please circle the method (BCG, BCP, modified type BCP).
㉒及び㉓欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。
- 4) Regarding "3. Dialysis" in section ㉒, If you entered in the"(1) History of dialysis" "yes," please circle all conducted treatments (hemodialysis, peritoneal dialysis, hemofiltration). In "(2) Initiation of dialysis", please state the day initial dialysis started.
㉒欄の「3.人工透析療法」は、「(1)人工透析療法の実施の有無」が「有」の場合は、血液透析、腹膜透析又は血液濾過のうち実施したもの全てに○を付し、「(2)人工透析開始日」は最初に実施した人工透析療法の開始日を記入してください。
(5) In the case of alcoholic cirrhosis, please circle "○" or "×" in "Has not consumed alcohol for more than 180 days." and "Receiving necessary treatment on an ongoing basis." in "(3) laboratory results " in "1. Clinical findings" in section ㉓.
アルコール性肝硬変の場合は、㉓の欄の「1.臨床所見」の(3)検査成績の「180日以上アルコールを摂取していない。」及び「継続して必要な治療を実施している。」の○又は×のいずれかに○を付してください。
- 6) Please circle the grade at "Grade according to Child–Pugh Classification" in the section ㉓.
㉓の欄の「2 Child–Pughによるgrade」の点数に○を付けてください。
- 7) For "7. Details of treatment" in section ㉓, please fill in the details as of the date of onset of symptoms listed at the beginning of section ㉓. Also, for "Specific details," if there is any treatment from (1) to (6), please fill in the name of the drug and details of (6) as necessary.
㉓の欄の「7 治療の内容」は、㉓の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
- 8) In the section ㉒, "2. Test Results," for "HbA1c" and “Fasting or Postprandial Blood Glucose Levels," please enter the results of at least two tests taken in the past six months. In addition, for "Fasting or Random Serum C–Peptide Levels," please enter test results taken within the past year.
㉒の欄の「2 検査成績」の「HbA1c」及び「空腹時又は食後血糖値」は、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。また、「空腹時又は随時血清Cペプチド値」は、原則として過去1年間以内における検査成績を記入してください。
- 9) In column ㉒, under “2. Test results,” for “Necessary insulin treatment has been continuously performed for 90 days or more before each test date,” please mark either ○ or
㉒の欄の「2 検査成績」の「各検査日より前に90日以上継続して必要なインスリン治療を実施している」については、○又は×のいずれかに○を付してください。
- 10) Regarding (1)–(3) in "4. Difficulties in blood sugar control" in section ㉒, please state the number of times during the past year.
㉒の欄の「4 血糖コントロールの困難な状況」の(1)～(3)については、過去1年間の回数を記入してください。
- 11) For “5. Complications” in section ㉒, please enter the test results from the past three months that best describe the patient’s condition.
㉒の欄の「5 合併症」については、過去3ヶ月間において病状を最もよく表している所見を記入してください。