

(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。

他

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

Medical Certificate  
診断書

(For blood/hematopoietic system  
disabilities, and other disorders)  
(血液・造血器・その他の障害)

Form No.120-7  
様式第120号の7

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>		Statement of patient 本人の申立て ( Y年/ M月/ D日)													
														<div>Statement of patient 本人の申立て</div>															
		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>		Statement of patient 本人の申立て ( Y年/ M月/ D日)													
<div>Statement of patient 本人の申立て</div>																													
④Cause of the desease/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, reaction, clinical course, duration, other important informaton 現在までの治療の内容、反応、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						Date of operation (Date: Y/ M/ D) 手術年月日 ( 年 月 日)															
⑩Current symptoms and other references 現在の症状、その他参考となる事項																													
⑪ Measurement 計測 (Date: Y/ M/ D) 年 月 日		Hight 身長				Weight 体重		current 現在		kg		Grip strength 握力		right 右		kg		Visual acuity 視力		right 右眼		Uncorrected 裸眼				Corrected 矯正			
						healthy state 健康時		kg		left 左				kg		left 左眼				Uncorrected 裸眼				Corrected 矯正					
		Visual field 視野				Accommo -dation 調節機能						Hearing level 聴力レベル		Best discrimination percent 最良語音明瞭度				Blood pressure 血圧		maximum 最大				mmHg					
										right 右耳		dB								%		minimum 最小				mmHg			
		left 左耳		dB										%															
⑫Classification 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。)																													
<div>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</div> <div>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</div> <div>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</div> <div>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</div> <div>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ト周辺に限られるもの</div>																													
Condition of the disability 障害の状態																													
⑬Blood and Hematopoietic Organs [present disorder (Date: Y/ M/ D)] 血液・造血器 ( 年 月 日現症)																													
1.Clinical findings 臨床所見																													
(1) Subjective symptoms 自覚症状						(2) Objective symptoms 他覚所見						(3) Laboratory results 検査成績																	
Fatigue (No/Yes/Severe) 易疲労感 (無 ・ 有 ・ 著)						Easily infective (No/Yes/Severe) 易感染性 (無 ・ 有 ・ 著)						a. Peripheral blood test (Date: Y/ M/ D) 末梢血液検査																	
Palpitation (No/Yes/Severe) 動悸 (無 ・ 有 ・ 著)						Swollen lymph nodes (No/Yes/Severe) リンパ節腫脹 (無 ・ 有 ・ 著)						※In column a, please fill in the date and test results before treatment. a欄は、治療を行う前の日付、検査数値を記入してください。																	
Shortness of breath (No/Yes/Severe) 息切れ (無 ・ 有 ・ 著)						Bleeding tendency (No/Yes/Severe) 出血傾向 (無 ・ 有 ・ 著)						b.Coagulation system test (Date: Y/ M/ D) 凝固系検査																	
Fever (No/Yes/Severe) 発熱 (無 ・ 有 ・ 著)						Thrombus tendency (No/Yes/Severe) 血栓傾向 (無 ・ 有 ・ 著)						Coagulation factor activity ((No. factor) )%																	
Purpura (No/Yes/Severe) 紫斑 (無 ・ 有 ・ 著)						Hepatomegaly (No/Yes/Severe) 肝腫 (無 ・ 有 ・ 著)						凝固因子活性(第 因子)																	
Menorrhagia (No/Yes/Severe) 月経過多 (無 ・ 有 ・ 著)						Splenomegaly (No/Yes/Severe) 脾腫 (無 ・ 有 ・ 著)						vWF activity ( )%																	
Joint symptoms (No/Yes/Severe) 関節症状 (無 ・ 有 ・ 著)												vWF活性																	
												Inhibitors ( No / Yes )																	
												インヒビター ( 無 ・ 有 )																	
												APTT ( )second (Reference value second)																	
												秒 基準値 秒																	
												P T ( )second (Reference value second)																	
												秒 基準値 秒																	
												c.Other tests																	
												その他の検査																	
												Imaging tests (test name ) (Date: Y/ M/ D)																	
												画像検査 検査名 年 月 日																	
												Findings 所見 ( )																	
												Other tests (test name ) (Date: Y/ M/ D)																	
												その他の検査 検査名 年 月 日																	
												Findings 所見 ( )																	

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して本人の申立ての場合は、それを記載した年月日を記入してください。

2.Treatment status  
治療状況

Red blood cell transfusion 赤血球輸血 ( times/month) (月 回)  
Platelet transfusion 血小板輸血 ( times/month) (月 回)  
Replacement therapy 補充療法 ( times/month) (月 回)  
Fresh frozen plasma 新鮮凍結血漿 ( times/month) (月 回)

Hematopoietic stem cell transplantation (No/Yes (Date: / / ))  
造血幹細胞移植( 無・有 ) 有の場合( 年 月 日 )  
Chronic GVHD (No/Yes) (Light / Moderate / Severe )  
慢性GVHD ( 無・有 ) (軽症・中等症・重症)

Findings  
所見

3.Other findings  
その他の所見

⑭Immune dysfunction [present disorder (Date: Y/ M/ D)]  
免疫機能障害

年 月 日現症

1. Laboratory results  
検査成績

Items of examination 検査項目	Unit 単位	Date of examination 検査日		Average volume 平均値
		. .	. .	
CD4-positive T-lymphocyte count CD4陽性Tリンパ球数	/ $\mu$ L			

(Please enter the results of the two most recent consecutive tests conducted at least four weeks apart before the onset of symptoms, and enter the average value in the rightmost column.)  
(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。)

2. Physical symptoms  
身体症状等

①Severe fatigue and easy fatigability that require bed rest for more than one hour per day for more than 7 days per month ( Yes / No )  
1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 )

②Due to the progression of the disease, there is a weight loss of 10% or more compared to normal weight ( Yes / No )  
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 )

③Irregular fever (above 38° C) for 7 days or more per month for 2 months or more ( Yes / No )  
月に7日以上の上の発熱(38℃以上)が2ヶ月以上続く ( 有・無 )

④Mushy stool or watery diarrhea 3 or more times a day for 7 or more days per month ( Yes / No )  
1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 )

⑤Vomiting more than twice a day or nausea lasting more than 30 minutes on more than 7 days per month ( Yes / No )  
1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 )

⑥Palpitations and shortness of breath occur almost daily ( Yes / No )  
動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する ( 有・無 )

⑦Side effects from HIV treatment causing disruption to daily life (besides symptoms ① to ⑥)(when receiving HIV treatment) ( Yes / No )  
抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある ( 有・無 )  
(①から⑥の症状を除く)(抗HIV療法を実施している場合)

⑧Require restrictions on daily life activity such as a ban on eating fresh foods ( Yes / No )  
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 )

⑨Have had a history of opportunistic infection such as oral candidiasis, herpes zoster, herpes simplex virus infection, molluscum contagiosum or condylomata acuminata within the past year ( Yes / No )  
1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 )

⑩Unable to receive HIV treatment for medical reasons ( Yes / No )  
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. State of ongoing side effects  
現在持続している副作用の状況

☐Metabolic disorder   ☐Lipoatrophy   ☐Nephropathy   ☐Hepatopathy   ☐Mental disorder   ☐Nervous disorder  
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

☐Others (name of drugs, state of medication, state of side effects)  
その他(薬剤名、服薬状況及び副作用の状況)

4.History of AIDS  
エイズ発症の既往の有無

( Yes / No )  
( 有・無 )

5.Due to irreversible AIDS complications, daily life is almost  
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

( Yes / No )  
( はい・いいえ )

6. State of hepatitis ( ☐Drug-induce   ☐Type B   ☐Type C   ☐Other (   ) )  
肝炎の状況 ( 薬剤性   B型   C型   その他(   ) )

(Be sure to state if hepatitis has been contracted.)  
( 肝炎を発症している場合は必ず記載してください。 )

(1) Laboratory findings  
検査所見

Items of examination 検査項目	Unit 単位	Date of examination 検査日	
		. .	. .
Serum albumin 血清アルブミン	g/dL		
A S T ( G O T )			
A L T ( G P T )			
Prothrombin Time プロトロンビン 時間	%		
	Extension Second 延長秒		
Total bilirubin 総ビリルビン(※)	mg/dL		

(2) Clinical presentation  
臨床所見

Esophageal varice ( No / Yes ) (by endoscopy, by X-ray contrast medium, Other(   ) )  
食道静脈瘤 ( 無・有 ) (内視鏡による、X線造影による、その他(   ) )

Cirrhosis ( No / Yes ) ( compensatory , non-compensatory )  
肝硬変 ( 無・有 ) ( 代償性 / 非代償性 )

Hepatocellular carcinoma ( No / Yes )  
肝細胞癌 ( 無・有 )

Hepatic encephalopathy ( No / Yes ) (Contracted within the last year)  
肝性脳症 ( 無・有 ) (1年以内に発症したことがある)

Ascites ( No / Yes / severe )  
腹水 ( 無・有・著 )

Gastrointestinal hemorrhage ( No / Yes ) (Contracted within the last year)  
消化管出血 ( 無・有 ) (1年以内に発症したことがある)

(※ Use of drugs causing elevated levels of bilirubin ( No / Yes ) )  
(※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用 ( 無・有 ) )

⑮. Other disabilities [present disorder (Date: Y/ M/ D)]  
その他の障害

年 月 日現症

1. Symptoms  
症状

(1) Subjective symptoms  
自覚症状

2. Laboratory results  
検査成績

(1) Blood / Biochemical examination  
血液・生化学検査

Items of examination 検査項目	Unit 単位	Reference value at the facility 施設基準値	Date of examination 検査日		
			. .	. .	. .
Red cell count 赤血球数	104/ $\mu$ L				
Hemoglobin count ヘモグロビン濃度	g/dL				
Hematocrit ヘマトクリット	%				
Total protein in the serum 血清総蛋白	g/dL				
Serum albumin 血清アルブミン	g/dL				

(2) Other test results  
その他の検査成績

3.Artificial organ, etc. 人工臓器等											
(1) Colostomy 人工肛門造設	(No/Yes) 無・有	Dateconstructed (Date: 造設年月日	Y/ 年	M/ 月	D) 日	(4) Constant use of self catheterization 自己導尿の常時施行	(No/Yes) 無・有	Start date (Date: 開始年月日	Y/ 年	M/ 月	D) 日
		Date closed (Date: 閉鎖年月日	Y/ 年	M/ 月	D) 日			End date (Date: 終了年月日	Y/ 年	M/ 月	D) 日
(2) Urinary diversion 尿路変更術	(No/Yes) 無・有	Dateconstructed (Date: 造設年月日	Y/ 年	M/ 月	D) 日	(5) Total urinary incontinence 完全尿失禁状態	(No/Yes) 無・有	(Retention catheter カテーテル留置	Date: 年	M/ 月	D) 日
		Date closed (Date: 閉鎖年月日	Y/ 年	M/ 月	D) 日	(6) Other operations (Operation name: その他の手術 (手術名	(No/Yes) 無・有	(Date: 年	Y/ 年	M/ 月	D) 日
(3) Cystoplasty 新膀胱造設	(No/Yes) 無・有	(Date: 手術年月日	Y/ 年	M/ 月	D) 日						
⑯Ability 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。)											
⑰Prognosis (Please be sure to complete this section). 予後(必ず記入してください。)											
⑱Remarks 備考											

I hereby make the above diagnosis.  
(上記のとおり診断します。  
Name of hospital or clinic:  
(病院又は診療所の名称)

Date:  
年  
月  
日

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 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。)

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 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. The format of the medical certificate is determined as follows according to the injury or disease that caused the disability. Please use this medical certificate if the patient’s disability does not fall under any of the following categories and if it is deemed inappropriate to use these medical certificates.

- Form No. 120-1: For eye disorders  
Form No. 120-2: For disorders of hearing, nasal function, balance, chewing, swallowing, speech, or language  
Form No. 120-3: For physical disorders  
Form No. 120-4: For mental disorders  
Form No. 120-5: For respiratory disorders  
Form No. 120-6-(1): For circulatory disorders  
Form No. 120-6-(2): For kidney, liver, and diabetes disorders

診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めております。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと認められる場合に使用してください。

- |               |                                     |
|---------------|-------------------------------------|
| 様式第120号の1     | 眼の障害用                               |
| 様式第120号の2     | 聴覚・鼻腔機能・平衡機能・そしゃく・嚥下機能、音声又は言語機能の障害用 |
| 様式第120号の3     | 肢体の障害用                              |
| 様式第120号の4     | 精神の障害用                              |
| 様式第120号の5     | 呼吸器疾患の障害用                           |
| 様式第120号の6－(1) | 循環器疾患の障害用                           |
| 様式第120号の6－(2) | 腎疾患、肝疾患、糖尿病の障害用                     |

3. 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。

4. 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。）

5. 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) Please fill in section 1(㉕) as specifically as possible.

㉕の1欄は、なるべく具体的に記入してください。

- (3) In column 2 of ㉕, please fill in the blood and biochemistry test results that you believe appropriately indicate the patient’s symptoms.

㉕の2欄は、血液・生化学検査値のうち、症状を適切に表していると思われるものを記入してください。