

病歴・就労状況等申立書

No.

枚中

(If you are applying for a disability pension and have multiple diseases or injuries, please fill in a separate form for each disease or injury.)

| | | | | | | | |
|---|----------------------------------|---------|--|------------------------------|--|---------|--------|
| Medical history 病歴状況 | Name of disease or injury 傷病名 | | | | | | |
| Date of onset 発病日 | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | Date of initial visit 初診日 | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 |
| <p>Please read the following notice before filling out. 記入する前にお読みください。</p> <p><input type="radio"/> In the next section, please fill in the details of the disease or injury that caused the your disability, <u>from the onset to the present</u>, in chronological order without omitting any period. 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、<u>発病したときから現在までの経過</u>を年月順に期間をあけずに記入してください。</p> <p><input type="radio"/> Please fill in the period during which you were receiving treatment, including the length of time you visited the hospital ambulatory, the number of visits, the length of hospitalization, the progress of your treatment, any instructions given by the doctor, the reason for changing hospitals or ceasing treatment, your daily life situation,and employment status. 受診していた期間は、通院期間、受診回数、入院期間、治療経過、医師から指示された事項、転医・受診中止の理由、日常生活状況、就労状況などを記入してください。</p> <p><input type="radio"/> If you have not visited a doctor for some time, please provide specific details, including the reason, the severity of your symptoms, your daily life situation, and your employment status. 受診していなかった期間は、その理由、自覚症状の程度、日常生活状況、就労状況などについて具体的に記入してください。</p> <p><input type="radio"/> Please also include any diseases or injuries that may have caused the disability that were identified during health checkups, etc. 健康診断などで障害の原因となった病気やけがについて指摘されたことも記入してください。</p> <p><input type="radio"/> If you have visited the same medical facility for a long time, or if you have not visited any medical facility for a long time, or if a long time has passed between the onset of the disease and your first consultation, indicate this period in stages of 3 to 5 years. 同一の医療機関を長期間受診していた場合、医療機関を長期間受診していなかった場合、発病から初診までが長期間の場合は、その期間を3年から5年ごとに区切って記入してください。</p> | | | | | | | |
| 1 | From | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | The condition at the time of onset of the disease and the situation from the onset to the first consultation (for congenital diseases, from birth to the first consultation) 発病したときの状態と発病から初診までの間の状況（先天性疾患は出生時から初診まで） | | |
| | To | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | | | |
| | Examined <small>受診した</small> | . | Not examined <small>受診していない</small> | | | | |
| Name of medical institution 医療機関名 | | | | | | | |
| 2 | From | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | Situation during the period on the left 左の期間の状況 | | |
| | To | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | | | |
| | Examined <small>受診した</small> | . | Not examined <small>受診していない</small> | | | | |
| Name of medical institution 医療機関名 | | | | | | | |
| 3 | From | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | Situation during the period on the left 左の期間の状況 | | |
| | To | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | | | |
| | Examined <small>受診した</small> | . | Not examined <small>受診していない</small> | | | | |
| Name of medical institution 医療機関名 | | | | | | | |
| 4 | From | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | Situation during the period on the left 左の期間の状況 | | |
| | To | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | | | |
| | Examined <small>受診した</small> | . | Not examined <small>受診していない</small> | | | | |
| Name of medical institution 医療機関名 | | | | | | | |
| 5 | From | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | Situation during the period on the left 左の期間の状況 | | |
| | To | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | | | |
| | Examined <small>受診した</small> | . | Not examined <small>受診していない</small> | | | | |
| Name of medical institution 医療機関名 | | | | | | | |

※Please also fill in the back (signature column). ※裏面(署名欄)も記入してください。

Employment and daily life situation
就労・日常生活状況

1.

Please fill in the relevant bold field the situation when your disability was recognized (1 year and 6 months from the date of the first consultation, or the date of recovery if you recovered earlier) and 障害認定日(初診日から1年6月目、またはそれ以前に治った場合は治った日)頃の状況と

2.

your current situation (at the time of your application). 現在(請求日頃)の状況について該当する太枠内に記入してください。

1. Date of recognition of disability (Y/ M/ D) Please describe the situation on the given date.
障害認定日 年 月 日 頃の状況を記入してください。

| | | | |
|--------------------------------|---|--|--|
| Employment status 就労状況 | If you were working 就労していた場合 | Please enter your job type (job description). 職種(仕事の内容)を記入してください。 | |
| | | Please enter the way of commuting to work. 通勤方法を記入してください。 | Way of commuting to work 通勤方法 Commuting time(one way) Hour(s) Minute(s) 通勤時間(片道) 時間 分 |
| | | Please enter the number of working days. 出勤日数を記入してください。 | The month before the disability recognition date Days Two months before the disability recognition date Days 障害認定日の前月 日 障害認定日の前々月 日 |
| | | Please indicate your physical condition during and after work. 仕事中や仕事が終わった時の身体の調子について記入してください。 | |
| Daily life situation 日常生活状況 | If you were not working 就労していなかった場合 | Please encircle all the reasons why you were not working (or were on leave). If you select E, please specify the reason in parentheses. 仕事をしていなかった(休職していた)理由を○で囲んでください。 なお、Eを選んだ場合は、具体的な理由を()内に記入してください。 | A Because I wasn't confident in my physical strength. 体力に自信がなかったから B My doctor had told me not to work 医師から働くことを止められていたから C I had no desire to work 働く意欲がなかったから D I wanted to work but there were no suitable jobs. 働きたかったが適切な職場がなかったから E Other その他 (reason: 理由) |
| | | Please encircle the applicable number for restrictions on your daily life. 日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 <div><div>1 → I could do it on my own. 自発的にできた</div><div>2 → I could do it on my own but I needed help. 自発的にできたが援助が必要だった</div><div>3 → I couldn't do it on my own, but I could do it with help. 自発的にできないが援助があればできた</div><div>4 → I couldn't do it. できなかった</div></div> | Change of clothes 着替え (1 2 3 4) Wash face 洗面 (1 2 3 4) Use toilet トイレ (1 2 3 4) Bathing 入浴 (1 2 3 4) Meal 食事 (1 2 3 4) Go for a walk 散歩 (1 2 3 4) Cooking 炊事 (1 2 3 4) Do laundry 洗濯 (1 2 3 4) Cleaning 掃除 (1 2 3 4) Shopping 買い物 (1 2 3 4) |
| Daily life situation 日常生活状況 | If you have any other inconveniences in your daily life, please state them in this column. その他日常生活で不便に感じたことがありましたら記入してください。 | | |

2. Please fill in the current situation (at the date of application). 現在(請求日頃)の状況を記入してください。

| | | | |
|---------------------------------|---|--|---|
| Employment status 就労状況 | If you are working 就労している場合 | Please enter your job type (job description). 職種(仕事の内容)を記入してください。 | |
| | | Please enter the way of commuting to work. 通勤方法を記入してください。 | Way of commuting to work 通勤方法 Commuting time(one way) Hour(s) Minute(s) 通勤時間(片道) 時間 分 |
| | | Please enter the number of working days. 出勤日数を記入してください。 | The month before the disability recognition date Days Two months before the disability recognition date Days 請求日の前月 日 請求日の前々月 日 |
| | | Please indicate your physical condition during and after work. 仕事中や仕事が終わった時の身体の調子について記入してください。 | |
| Daily life situation 日常生活状況 | If you are not working 就労していない場合 | Please encircle all the reasons why you are not working (or are on leave). If you select E, please specify the reason in parentheses. 仕事をしていない(休職している)理由を○で囲んでください。 なお、Eを選んだ場合は、具体的な理由を()内に記入してください。 | A Because I don't have confident in my physical strength. 体力に自信がないから B My doctor has telling me not to work 医師から働くことを止められているから C I have no desire to work 働く意欲がないから D I want to work but there are no suitable jobs. 働きたいが適切な職場がないから E Other その他 (reason: 理由) |
| | | Please encircle the applicable number for restrictions on your daily life. 日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 <div><div>1 → I can do it on my own. 自発的にできる</div><div>2 → I can do it on my own but I need help. 自発的にできるが援助が必要である</div><div>3 → I can't do it on my own, but I could do it with help. 自発的にできないが援助があればできる</div><div>4 → I can't do it. できない</div></div> | Change of clothes 着替え (1 2 3 4) Wash face 洗面 (1 2 3 4) Use toilet トイレ (1 2 3 4) Bathing 入浴 (1 2 3 4) Meal 食事 (1 2 3 4) Go for a walk 散歩 (1 2 3 4) Cooking 炊事 (1 2 3 4) Do laundry 洗濯 (1 2 3 4) Cleaning 掃除 (1 2 3 4) Shopping 買い物 (1 2 3 4) |
| Disability certificate 障害者手帳 | If you have any other inconveniences in your daily life, please state them here. その他日常生活で不便に感じていることがありましたら記入してください。 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|-------------------------|--------|--|-----------|-------|--|---|--|
| Have you been issued a disability certificate? 障害者手帳の交付を受けていますか。 | 1 Yes, I have been issued a disability certificate 受けている | | | 2 No, I have not been issued a disability certificate 受けていない | | | 3 I applied for a disability certificate 申請中 | | |
| | ① | phys 身 | ment 精 | Rehab 療 | Other 他 (| D 日 (| Level 級 |) | |
| | | Disability name (障害名) | | | | | | | |
| Please fill in the date of issue of your disability certificate, and your disability level and name. If you use any other certificate, please enter its name in 交付されている障害者手帳の交付年月日、等級、障害名を記入してください。 その他の手帳の場合は、その名称を()内に記入してください。 <div>※ Meaning of the abbreviations 略字の意味 phys 身 Physical disability certificate 身体障害者手帳 ment 精 Mental Health and Welfare Handbook 精神障害者保健福祉手帳 Rehab 療 Rehabilitation notebook 療育手帳 Other 他 Other disability certificate その他の手帳</div> | ② | phys 身 | ment 精 | Rehab 療 | Other 他 (| D 日 (| Level 級 |) | |
| | | Disability name (障害名) | | | | | | | |

I declare that the above is correct. 上記のとおり相違ないことを申し立てます。

| | | | | | | | | | |
|--|---------------|--|-----|--------------|---------------------|---|----------|---|---|
| Date 日付 | Y/ 年 | M/ 月 | D 日 | Claimant 請求者 | Current address 現住所 | | | | |
| The person who completed the form instead of the disabled person 代筆者 | Full name 氏 名 | Relationship with the claimant from the perspective of the claimant 請求者からみた続 柄 () | | | Full name 氏 名 | | | | |
| | Tel 電話番号 | | | | — | — | Tel 電話番号 | — | — |