

SMLOUVA MEZI ČESKOU REPUBLIKOU A JAPONSKEM O SOCIÁLNÍM ZABEZPEČENÍ
 社会保障に関する日本国とチェコ共和国との間の協定

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA
 診断書

Články 13 až 19 Smlouvy / 協定第13～19条
 Článek 7 Správního ujednání / 行政協定第7条

Vyplní kompetentní instituce v Japonsku /
 日本の実施機関記入欄

Razítko kompetentní instituce s datem
 přijetí žádosti / 受付日が入ったスタンプ

Část A: Vyplní žadatel o český důchod, případně poživatel českého důchodu

Part A: 申請者またはチェコ年金受給者が記入してください。

Vyplňte, prosím, čitelně latinkou. / ローマ字で明瞭に記入してください。

1	Instituce, jíž je zpráva určena/ 診断書提出先機関	
1.1	Název / 名称	Česká správa sociálního zabezpečení (Czech Social Security Administration)
1.2	Adresa / 所在地	Křížová 25, 225 08, Praha 5, Czech Republic
2	Osoba, která se podrobila vyšetření zdravotního stavu / 診断を受けた者	
2.1	Příjmení / 姓	Rodné a všechna další příjmení ¹⁾ /出生時等の旧姓 ¹⁾
2.2	Jméno / 名	
2.3	Datum narození / 生年月日 (D 日/M 月/R 年).....	Místo narození / 出生地.....
2.4	Adresa / 住所	
2.5	Identifikační číslo – číslo pojištění / 識別番号- 保険番号	
	Číslo základního důchodového pojištění v Japonsku / 日本の基礎年金番号	
	V České republice (rodné číslo) ²⁾ / チェコ共和国 (出生証明番号) ²⁾	
2.6	Poslední vykonávané zaměstnání / 直近の職業.....	
	vykonával/a od / 開始年月日 (D 日/M 月/R 年)	
2.7	Datum podání žádosti o důchod / 年金請求書提出日 (D 日/M 月/R 年):	

¹⁾ Rodné jméno i všechna dřívější používaná příjmení se vyplňují vždy, a to i u mužů.
 請求者は性別を問わず、出生時の姓と従前の姓すべてを記入してください。

²⁾ Údaj o rodném čísle se nevyplňuje, pokud toto číslo nebylo přiděleno.
 出生証明書番号がない場合は、空欄のままにしてください。

Příjmení, jméno vyšetřované osoby / 診断された者の名および姓

Rodné číslo v ČR (nebo datum narození) / チェコ出生番号 (または生年月日) _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

3	Posouzení zdravotního stavu pro účely / 健康診断の目的:
3.1	☐ invalidního důchodu / 障害年金 ☐ dalšího poskytování vdovského/vdoveckého důchodu z důvodu invalidity vdovy/vdovce 寡婦 (夫) の障害による寡婦 (夫) 年金の追加支給 ☐ dalšího poskytování vdovského/vdoveckého důchodu z důvodu péče o dítě těžce zdravotně postižené 重度障害を有する子の介護による寡婦 (夫) 年金の追加支給 ☐ dalšího poskytování vdovského/vdoveckého důchodu z důvodu péče o svého těžce zdravotně postiženého rodiče nebo rodiče zemřelého manžela/manželky 重度障害を有する父母または死亡した配偶者の父母の介護を理由とする寡婦 (夫) 年金の追加支給 ☐ jiný důvod (upřesněte) / その他 (具体的に):

4	Dosažené vzdělání, anamnéza sociální a pracovní/ 学歴、職歴、就労状況ほか
	Veškeré dosažené vzdělání / 全学歴 : Přehled vykonávaných profesí / 全職業歴 V současné době/ 現在 ☐ je/ 就労中 ☐ není / 未就労 ☐ výdělečně činný Datum ukončení pracovní činnosti / 就労活動を休止した日 (D 日/M 月/R 年): Rodinný stav/ 婚姻歴: ☐ svobodný/á / 未婚 ☐ ženatý/vdaná/ 婚姻 ☐ rozvedený/á / 離婚 ☐ vdova/vdovec / 寡婦 (夫) Počet dětí/ 子の数:

5	Prohlášení žadatele / 申請者の宣誓
Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem uvedla v tomto formuláři, jsou pravdivé a úplné. Zplnomocňuji japonskou kompetentní instituci, aby České správě sociálního zabezpečení předala všechny informace a dokumenty, potřebné k posouzení zdravotního stavu pro účely uvedené v bodě 3 tohoto formuláře. 私は、この用紙で記入した情報は、真正かつ完全であることを宣誓します。私は、日本の実施機関がこの用紙の項番3に示す目的で健康診断に関する全ての情報および文書をチェコ社会保障局へ提供することを認めます。 Identifikační údaje osoby, která vyplnila tuto část A, pokud není zároveň vyšetřovanou osobou uvedenou v bodě 2. このパートAを記入した者に関する情報 (項番2でいう診断された者でない場合) Jméno a příjmení / 名姓 Datum narození / 生年月日 (D 日/M 月/R 年)..... Vztah k posuzované osobě/ 診断された者との関係: ☐ rodič / 父母 ☐ syn/dcera/ 息子/娘 ☐ zeť/snacha/ 養子 ☐ prarodič/ 祖父母 ☐ jiný (upřesněte) / その他 (具体的に)..... Datum / 日付 (D 日/M 月/R 年):..... Podpis / 申請者署名.....	

Příjmení, jméno vyšetřované osoby / 診断された者の名および姓

Rodné číslo v ČR (nebo datum narození) / チェコ出生番号（または生年月日） _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

Část B. PODROBNÁ LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA / Part B. 詳細な診断結果

6	Zpráva byla vypracována ošetřujícím lékařem / 診断書は担当医の所見に基づいて入念に作成された。
6.1	Jméno/ 名
6.2	Příjmení/ 姓
6.3	Adresa/ 住所
6.4	Odbornost (specializace) lékaře / 医師の専門

Dále uveďte údaje o vyšetřované osobě (uvedené v bodu 2 části A)

診断を受けた者（パートAの項番2の者）について、以下の情報を記入してください。

7	Anamnéza zdravotní, nynější onemocnění, jiné důležité informace / 病歴、現在罹患している疾病その他重要な情報
8	Subjektivní obtíže / 自覚症状

Příjmení, jméno vyšetřované osoby / 診断された者の名および姓

Rodné číslo v ČR (nebo datum narození) / チェコ出生番号 (または生年月日) _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

9 VYŠETŘENÍ: výsledky odborných vyšetření (včetně popisu funkčního postižení, laboratorních nálezů, výsledků přístrojových vyšetření apod.)

診察: 専門的な検査の結果 (機能障害に関する説明、検査所見、機器による検査の結果などの記述を含む) および検査日

* 原本または原本証明済みの写しを添付してください。

9.1 Celkový stav (fyzikální vyšetření a popis všech chorobných změn)/ 一般的な健康状態 (理学的検査および疾病の変化全般に関する説明)

Výška / 身長.....

Váha / 体重.....

Krevní tlak / 血圧..... Puls / 脈拍

Celkový vzhled / 全体的な様子.....

Tělesná stavba / 身体構造.....

Držení těla / 姿勢

Chůze / 歩行

Mobilita / 可動性

Svalstvo / 筋肉組織.....

Zbarvení sliznic / 粘膜の色

Výživa (BMI) / ボディー・マス・インデックス(BMI).....

Psychický stav, nálada / 精神状態、気分

Stav úst a zubů / 口および歯の状況

Hlava / 頭部..... Teplota / 体温.....

Krk / 頸部 (外見)

Jednotlivé orgány/ (fyzikální vyšetření a popis všech chorobných změn)/ 個々の器官 (理学的検査および全病状変化の記述):

9.2 Smyslové orgány / 感覚器官

sluch / 聴力

zrak / 視力

čich / 嗅覚

9.3 a) Dýchací ústrojí / 呼吸器系

b) Záznam o rentgenovém vyšetření / X 線検査記録

Příjmení, jméno vyšetřované osoby / 診断された者の名および姓

Rodné číslo v ČR (nebo datum narození) / チェコ出生番号（または生年月日） _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

9.4 a) Oběhové ústrojí / 血液循環系

b) Záznam o elektrokardiografickém vyšetření / 心電図検査記録

9.5 a) Trávicí ústrojí / 消化器系

b) Záznam o rentgenovém vyšetření / X 線検査記録

9.6 Pohybové ústrojí / 移動器官

9.7 Močové a pohlavní ústrojí / 泌尿器-生殖器系

9.8 Nervový systém / 神経系

Příjmení, jméno vyšetřované osoby / 診断された者の名および姓

Rodné číslo v ČR (nebo datum narození) / チェコ出生番号（または生年月日） _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

9.9 Vyšetření krve / 血液検査

9.10 Endokrinní systém / 内分泌系

9.11 Kůže, uzliny, periferní prokrvení, otoky / 皮膚、リンパ管、末梢血管、浮腫

10.1 Podrobný popis všech dalších chorobných změn objektivně zjištěných při fyzikálním vyšetření:

理学的検査により発見された他の病的変化をすべて記入してください：

(při nedostatku místa uveďte v příloze /追加スペースが必要な場合は、その旨添付書類の中に記入してください)

Příjmení, jméno vyšetřované osoby / 診断された者の名および姓

Rodné číslo v ČR (nebo datum narození) / チェコ出生番号（または生年月日） _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

10.2 Podrobný popis (případně opis nálezů) provedených odborných vyšetření specialistů :

専門医による診察の詳細（または所見の写）:

(při nedostatku místa uveďte v příloze /追加スペースが必要な場合は、その旨添付書類の中に記入してください)

10.3 Provedená vyšetření laboratorní, biochemická, RTG, magnetická rezonance, CT, doppler, USG atd., pokud není uvedeno výše:

上記に記載されていない臨床または生化学検査または以下の検査（X線検査、MR I、CT、ドップラー検査、USGなど）:

10.4 Léčba / 治療

Příjmení, jméno vyšetřované osoby / 診断された者の名および姓

Rodné číslo v ČR (nebo datum narození) / チェコ出生番号（または生年月日） _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

11 Utrpěla daná osoba úraz či trpí nemocí uvedenou v právních předpisech o pracovních úrazech a nemocech z povolání?

当該人物は、労働災害または業務上の疾病に関する条項に明記された負傷または疾病を患っていますか。

☐ ano/ はい ☐ ne/ いいえ

Pokud ano, jakým úrazem či nemocí? / 「はい」と回答した場合、どのような事故または疾病ですか。

.....

Do jaké míry je uznána pracovně neschopnou? / どの程度、就労不能と認められますか

.....

Další údaje / 更なる詳細.....

.....

12 **Diagnózy vyjádřete slovně v pořadí dle závažnosti** a doplňte kód MKN. Preferujte mezinárodní výrazy.

重要なものから順に診断結果を記入してください。また ICDコードを記入してください。記入に際して国際専門用語を使用してください。

Diagnóza 1/ 診断結果 1.....
čtyřmístný kód MKN/ 改定 ICD第10版4桁のコード (ICD - 10)*.....

Diagnóza 2/ 診断結果 2.....
čtyřmístný kód MKN/ 改定 ICD第10版4桁のコード (ICD - 10)*.....

Diagnóza 3/ 診断結果 3.....
čtyřmístný kód MKN/ 改定 ICD第10版4桁のコード (ICD - 10)*.....

13 Datum ukončení pracovní činnosti / 就労活動を停止した日:..... (D 日/M 月/R 年)

14 Počátek současné invalidity (byl-li stanoven) / 現疾病の開始年月日 (開始年月日が確定している場合):
..... (D 日/M 月/R 年)

15 V případě úrazu, datum stabilizace zdravotního stavu po zranění / 事故の場合は、事故後に健康状態が安定した日:
..... (D 日/M 月/R 年)

16 Je zdravotní stav dané osoby stabilizován?/ 当該人物の健康状態は安定していますか。 ☐ ano / はい ☐ ne/ いいえ

17 Další lékařská péče pravděpodobně / 更なる治療は、おそらく、
- přinese zlepšení zdravotního stavu dané osoby? / その人物の健康状態を改善しますか。 ☐ ano/ はい ☐ ne / いいえ
- nebo umožní vyléčení? / その人物の健康を回復しますか。 ☐ ano/ はい ☐ ne/ いいえ

18 Do jaké míry je daná osoba uznána neschopnou práce vykonávané v posledním zaměstnání? /
その人物は、直近の職業をどの程度、実行不能と認められますか。

19 Je schopna vykonávat jinou práci? / その人物は、他の作業は行えますか。 ☐ ano/ はい ☐ ne/ いいえ

20 Je schopna přeškolení? / その人物は、別の職業に就く能力がありますか。 ☐ ano/ はい ☐ ne/ いいえ

.....

.....

* Pozn.: (ICD - 10) = Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize / 注: (ICD - 10) = 国際疾病分類第10版改定

Příjmení, jméno vyšetřované osoby / 診断された者の名および姓

Rodné číslo v ČR (nebo datum narození) / チェコ出生番号（または生年月日） _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

- 21 Je nucena využívat pomoci jiné osoby při každodenních životních úkonech?/
その人物は、日常生活において他者の支援を受けざるを得ませんか。 ☐ ano/ はい ☐ ne/ いいえ
- 22 Je její pracovní neschopnost dočasná?/ その人物の就労不能は一時的なものです。 ☐ ano/ はい ☐ ne/ いいえ
- 23 Kdy bude muset být daná osoba znovu vyšetřena? / 再検査日はいつですか。(D 日/M 月/R 年)
- 24 Zaškrtněte / 該当するものにチェックマークしてください:
- ☐ Vyjádření uvedená v části B jsou podána na základě vlastního vyšetření /
項番Bの情報は、項番Bを記入した医師によって行われた診断に基づく。
- ☐ Vyjádření uvedená v části B jsou podána jen na základě lékařské zprávy jiného lékaře /
項番Bの情報は、他の医師の診断書に基づく。
- ☐ Vyjádření uvedená v části B jsou podána na základě vlastního vyšetření s využitím zpráv jiných lékařů /
項番Bの情報は、項番Bを記入した医師によって行われた診断および他の医師の診断書に基づく。

25.1 Datum lékařského vyšetření / 検査日(D 日/M 月/R 年)

25.2 Podpis ošetřujícího lékaře / 滞在地の機関の医師の署名:

Upozornění: Jsou-li k tomuto formuláři připojeny další lékařské zprávy (nález), prosím, uveďte jejich seznam na straně 10:

注：他の診断書（所見）がこの用紙に添付されている場合、10頁にそれらの一覧として提供してください。

Příjmení, jméno vyšetřované osoby / 診断された者の名および姓

Rodné číslo v ČR (nebo datum narození) / チェコ出生番号（または生年月日） _ _ _ _ _ / _ _ _ _ _

<u>Seznam příloh:</u> <u>添付一覧:</u>	Počet stran přílohy 添付のページ番号
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	