



年管管発 0317 第 1 号
平成 26 年 3 月 17 日

日本年金機構全国一括業務部門担当理事 殿

厚生労働省年金局事業管理課長
(公 印 省 略)

国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正に伴う診断書
の項目改正等について

平成 26 年 3 月 17 日付け年管発 0317 第 1 号をもって、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準の一部改正について」が、厚生労働省大臣官房年金管理審議官より日本年金機構理事長あてに通知されたところであるが、これに伴い認定事務をより円滑に行うため、診断書（循環器疾患の障害用）様式第 120 号の 6-（1）及び診断書（腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用）様式第 120 号の 6-（2）の項目の一部を別紙 1 及び別紙 2 のとおり改正し、平成 26 年 6 月 1 日から適用することとしたので通知する。

現況届用診断書については、今回の診断書（循環器疾患の障害用）及び診断書（腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用）の改正を踏まえ、共通の様式であったものを循環器疾患の障害用と腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用に分け、それぞれ今回の診断書の改正と同内容の変更を行われたい。

なお、平成 26 年 6 月 1 日前に交付された旧様式による診断書については、当分の間、同日以降も使用することが可能である。この場合においては、障害の程度の認定に当たり必要に応じて医師照会を行う等、適切に取り扱うよう十分に留意されたい。

おって、別添の周知用リーフレットについて年金事務所等の窓口に設置する等、肝疾患による障害の認定基準に係る改正の周知についてよろしくお取り計らい願いたい。

(別紙1)

◎ 診断書 (循環器疾患の障害用) [様式第120号の6-(1)] 新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>(表面)</p> <p>(フリガナ) 氏 名</p> <p>昭和 年 月 日生 (歳) 性別 男・女 平成</p> <p>住 所 住所地の郵便番号 都道 郡市 府県 区</p> <p>住所 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>①～⑩ (略)</p> <p>⑪ 循環器疾患 (平成 年 月 日現症) 1・2 (略)</p> <p><u>3 心機能分類 (NYHA) (I・II・III・IV)</u></p> <p><u>4 検査所見</u> (1)・(2) (略)</p> <p><u>(削除)</u></p> <p>(3) (略)</p>	<p>(表面)</p> <p>(フリガナ) 氏 名</p> <p>昭和 年 月 日生 (歳) 男・女 平成</p> <p>住 所 住所地の郵便番号 郡市 町区 区 村</p> <p>住所 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>①～⑩ (略)</p> <p>⑪ 循環器疾患 (平成 年 月 日現症) 1・2 (略)</p> <p><u>3 検査所見</u> (1)・(2) (略)</p> <p><u>(障害認定に必要と思われる項目について記入してください。)</u></p> <p>(3) (略)</p>

(4) 心カテーテル検査 (平成 年 月 日)
左室駆出率 EF %
冠動脈れん縮誘発試験 (無・有) (陰性・陽性)
左主幹部に 50%以上の狭窄 (無・有)
3本の主要冠動脈に 75%以上の狭窄 (無・有)
所 見

(5) 心エコー検査 (平成 年 月 日)
左室拡張期径 mm 左室収縮期径 mm
左室駆出率 EF %
所 見 (左室肥大、弁膜症、拡張能の制限、推定肺動脈圧等)

(6) 血液検査 (平成 年 月 日)
BNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド) pg/mL
NT-proBNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体 N 端フラ
グメント) pg/mL

5 その他の所見 (平成 年 月 日)

(4) 心カテーテル検査 (平成 年 月 日)
左室駆出率 EF %
冠動脈れん縮誘発試験 (無・有) (陰性・陽性)
所 見

(5) 心エコー検査 (平成 年 月 日)
左室拡張期径 mm 左室収縮期径 mm
左室駆出率 EF %
所 見

(6) 血液検査 (平成 年 月 日)
BNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド) pg/mL

4 その他の所見 (平成 年 月 日)

(裏面)

⑫ 疾患別所見 (平成 年 月 日現症)

(該当する疾患について記入してください。)

1 心筋疾患

(1) 肥大型心筋症 無・有

(2) 拡張型心筋症 無・有

(3) その他の心筋症 無・有

(4) 所見 ()

2 虚血性心疾患

(1) 心不全症状 無・軽労作で有・安静時有

(2) 狭心症状 無・軽労作で有・安静時有

(3) 梗塞後狭心症状 無・軽労作で有・安静時有

(4) 心室性期外収縮 無・有 (Lown 度)

(5) インターベンション 無・有 初回: (平成 年 月 日)、計 回、
手枝 ()

(6) ACバイパス術 無・有 初回: (平成 年 月 日)

(7) 再狭窄 無・有 (平成 年 月 日)

(8) その他の手術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)

(9) その他 ()

(裏面)

⑫ 疾患別所見 (平成 年 月 日現症)

(該当する疾患について記入してください。)

1 不整脈

(1) ~ (4) (略)

2 先天性心疾患・弁疾患

(1)・(2) (略)

(3) 人工弁置換術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)

(4) その他の手術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)

(5) その他 ()

3 虚血性心疾患

(1) 梗塞後狭心症 無・有

(2) 心室性期外収縮 無・有 (Lown 度)

(3) インターベンション 無・有 初回: (平成 年 月 日)、計 回、
手枝 ()

(4) ACバイパス術 無・有 初回: (平成 年 月 日)

(5) 再狭窄 無・有 (平成 年 月 日)

(6) その他の手術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)

(7) その他 ()

3 不整脈

(1) ~ (4) (略)

4 大動脈疾患

(1) 胸部大動脈解離 無・有 Stanford 分類 (A型・B型)

(平成 年 月 日)

(2) 大動脈瘤 無・有 (部位: 胸部・胸腹部・腹部)

(最大血管短径 cm) (平成 年 月 日)

(3) 人工血管 無・有 (部位: 胸部・胸腹部・腹部)

(平成 年 月 日)

(4) ステントグラフト 無・有 (部位: 胸部・胸腹部・腹部)

(平成 年 月 日)

(5) その他の手術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)

(6) その他 ()

注: 高血圧症がある場合は、「7 高血圧症」にも記載してください。

5 先天性心疾患・弁疾患

(1)・(2) (略)

(3) Eisenmenger 症候群 無・有

(4) 肺体血流比 _____

(5) 肺動脈収縮期圧 _____ mmHg

(6) 人工弁置換術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)

(7) その他の手術 無・有 (手術名) (平成 年 月 日)

(8) その他 ()

6 重症心不全

(1) 心臓移植 無・有 (平成 年 月 日)

(2) 人工心臓 無・有 (平成 年 月 日)

(3) 心臓再同期医療機器 (CRT) 無・有 (平成 年 月 日)

(4) 除細動器機能付き心臓再同期医療機器 (CRT-D) 無・有
(平成 年 月 日)

7 高血圧症

(1) (略)

(2) 検査成績

血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用
・ ・			無・有 (種)
・ ・			無・有 (種)
・ ・			無・有 (種)

尿蛋白の有無 (- ・ ± ・ + ・ ++)

(3) ~ (6) (略)

8 その他の循環器疾患

(1)・(2) (略)

⑬~⑮ (略)

4 高血圧症

(1) (略)

(2) 検査成績

血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用
・ ・			無・有
・ ・			無・有
・ ・			無・有

尿蛋白の有無 (- ・ ± ・ + ・ ++)

(3) ~ (6) (略)

5 その他の循環器疾患

(1)・(2) (略)

⑬~⑮ (略)

記入上の注意

1 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・3（略）

4 「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) ①～⑪及び⑬～⑭の欄は、全て記入してください。⑫の欄については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄に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) ⑩の欄「4 検査所見」の(3)～(6)については、検査を行った場合には、該当する項目に現症日の直近の結果を記入してください。

(3) ⑩の欄「4 検査所見」の「(6)血液検査」はどちらか一方の検査数値を記入してください。

(4) ⑫の欄「6 重症心不全」については、重症心不全に該当する場合は

記入上の注意

1 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・3（略）

4 「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) ①～⑪及び⑬～⑮の欄は、全て記入してください。⑫の欄については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄に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。

⑫6 欄に記入してください。なお、重症に該当しない者が「(3)心臓再同期医療機器(CRT)」又は「(4)除細動器機能付き心臓再同期医療機器(CRT-D)」を装着した場合は、装着年月日や医療機器(CRT 又は CRT-D)を⑮備考欄に記入してください。

(5) ⑫の欄「7 高血圧症」の「(4)眼底検査所見」は、過去3か月間において、病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

5 (略)

(2) ⑫の欄「4 高血圧症」の「(4)眼底検査所見」は、過去3か月間において、病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

5 (略)

(別紙2)

◎ 診断書 (腎疾患・肝疾患 糖尿病の障害用) [様式第120号の6-(2)] 新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>(表面)</p> <p>(フリガナ) 氏 名</p> <p><u>生年月日</u> 昭和 年 月 日生 (歳) <u>性別</u> 男・女 平成</p> <p>住 所 住所地の郵便番号 都道 郡市 府県 区</p> <p>① ~ ⑫ (略)</p>	<p>(表面)</p> <p>(フリガナ) 氏 名</p> <p>昭和 年 月 日生 (歳) 男・女 平成</p> <p>住 所 住所地の郵便番号 郡市 町区 区 村</p> <p>① ~ ⑫ (略)</p>

(裏面)

⑬ 肝疾患 (平成 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 臨床所見

(1) 自覚症状

全身倦怠感 (無・有・著)
発熱 (無・有・著)
食欲不振 (無・有・著)
悪心・嘔吐 (無・有・著)
皮膚そう痒感 (無・有・著)

有痛性筋痙攣 (無・有・著)

吐血・下血 (無・有・著)

(2) 他覚所見

肝萎縮 (無・有・著)
脾腫大 (無・有・著)
浮腫 (無・有・著)
腹水 (無・有・有(難治性))
黄疸 (無・有・著)
腹壁静脈怒張 (無・有・著)

肝性脳症 (無・有(度))

出血傾向 (無・有・著)

(裏面)

⑬ 肝疾患 (平成 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 臨床所見

(1) 自覚症状

悪心 (無・有・著)
食欲不振 (無・有・著)
かゆみ (無・有・著)
全身倦怠感 (無・有・著)
発熱 (無・有・著)
黒色便 (無・有・著)

(2) 他覚所見

黄疸 (無・有・著)
浮腫 (無・有・著)
腹壁静脈拡張 (無・有・著)
肝萎縮 (無・有・著)
脾腫大 (無・有・著)
腹水 (無・有・著)
意識障害 (無・有・著)

肝性脳症 (無・有(度))

出血傾向 (無・有・著)

(3)検査成績

(記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設 基準値	・	・	・
AST(GOT)	IU/ℓ				
ALT(GPT)	IU/ℓ				
γ-GTP	IU/ℓ				
血清総ビリルビン	mg/dℓ				
アルカリホスファターゼ	IU/ℓ				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				
BCG法・BCP法 ・改良型BCP法					
A/G比					
血小板数	×10 ⁴ /μℓ				
プロトロンビン時間	%				
総コレステロール	mg/dℓ				
血中アンモニア	μg/dℓ				
AFP	ng/ml				
PIVKA-II	mAU/ml				
アルコール性	180日以上アルコール を摂取していない。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	
肝硬変の場合	継続して必要な治療 を実施している。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	

(3)検査成績

(記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設 基準値	・	・	・
GOT(AST)					
GPT(ALT)					
γ-GTP					
総ビリルビン	mg/dℓ				
ALP(アルカリホスファターゼ)					
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				
A/G比					
ZTT					
TTT					
血小板数	×10 ⁴ /μℓ				
ヘパプラスチン値					
プロトロンビン	%				
時間	延長秒				
CHE(コリンエステラーゼ)					
総コレステロール	mg/dℓ				
血中アンモニア					
AFP					
PIVKA-2					

2 Child-Pughによる grade
A (5・6) B (7・8・9) C (10・11・12以上)

3 肝生検 無・有 検査年月日 (平成 年 月 日)
所見 グレード () ステージ ()

4 食道・胃などの静脈瘤

(1) 無・有 検査年月日 (平成 年 月 日)

(2) 吐血・下血の既往 無・有 (回)

(3) 治療歴 無・有 (回)

5 ヘパトーマ治療歴 無・有
・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回
・放射線療法 回 ・化学療法 回

6 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
所見

2 Child-Pughによる grade
A 5~6 B 7~9 C 10以上

3 食道静脈瘤

(1) 無・有 (内視鏡による、X線造形による、その他 ())

(2) 吐血、下血の既往歴
無・有 (回)

(3) 内視鏡記載基準 (該当するものに○をつけてください。)
L (s, m, i)、F (0, 1, 2, 3)、C (w, b)、RC (-, +)、
Lg (無・有)

(4) 治療状況
無・有 硬化療法 (回)
その他の療法 (手技 回)

4 ヘパトーマ治療歴 無・有
・手術 回 ・エタノール局注 回
・動脈塞栓術 回 ・ラジオ波、マイクロ波治療 回

5 肝生検 無・有 検査年月日 (平成 年 月 日)
所見 []

7 治療の内容

- (1) 利尿剤 (無・有)
- (2) 特殊アミノ酸製剤 (無・有)
- (3) 抗ウイルス療法 (無・有)

- (4) アルブミン・血漿製剤 (無・有)
- (5) 血小板輸血 (無・有)
- (6) その他

具体的内容

8 その他の所見

(1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日 (平成 年 月 日))
経過

(2) その他 (超音波・CT・MRI検査等) (平成 年 月 日)

⑭～⑱ (略)

6 治療の内容

- (1) 利尿剤 (無・有)
- (2) 特殊アミノ酸製剤 (無・有)

- (3) 血小板輸血 (無・有)
- (4) アルブミン・血漿製剤 (無・有)

(5) その他 ()

7 その他の所見

(1) 肝移植 (無・有 経過 ())

(2) その他 (超音波・CT検査等) (平成 年 月 日)

(ウイルス性肝炎については、IFN療法の有無とその結果、効果、およびHCCの有無、経過についても記入してください。)

⑭～⑱ (略)

記入上の注意

1 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・3 略

4 「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) ①～⑪及び⑯～⑰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) 略

(3) ⑬の欄の「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) アルコール性肝硬変の場合は、⑬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。

(5) ⑬の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。

記入上の注意

1 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、その裁定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・3 略

4 「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) ①～⑪及び⑯～⑰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) 略

(6) ⑬の欄の「7 治療の内容」は、⑬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。

(7) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

(3) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

(別添)

国民年金・厚生年金保険

障害年金のお知らせ

平成26年6月1日から
「肝疾患による障害」の認定基準を
一部改正します。

改正のポイント

1. 重症度を判断するための検査項目について見直しを行いました。
2. 障害等級を客観的に判断するため、検査項目の異常の数を入れました。
3. アルコール性肝硬変の基準を追加しました。

認定の対象となる障害は、以下のとおりです。

- ・慢性かつびまん性の肝疾患の結果生じた肝硬変症
- ・肝硬変症に付随する病態（食道・胃などの静脈瘤、特発性細菌性腹膜炎、肝がんを含む）

※慢性肝炎は、原則として認定の対象になりませんが、検査項目の異常の数などにより障害の状態に相当する場合は認定の対象となります。

不明な点は、日本年金機構の年金事務所へお問い合わせください。

改正のポイント

1. 重症度を判断する検査項目・臨床所見とその異常値を見直しました。

検査項目/臨床所見	基準値	中等度の異常	高度異常
血清総ビリルビン (mg/dℓ)	0.3~1.2	2.0以上3.0以下	3.0超
血清アルブミン (g/dℓ) (BCG法)	4.2~5.1	3.0以上3.5以下	3.0未満
血小板数 (万/μℓ)	13~35	5以上10未満	5未満
プロトロンビン時間 (PT) (%)	70超~130	40以上70以下	40未満
腹 水	—	腹水あり	難治性腹水あり
脳 症	—	I 度	II 度以上

2. 各等級に相当する例示の中に検査項目の異常の数を入れました。

障害の程度	障 害 の 状 態
1 級	前記1.の検査成績及び臨床所見のうち高度異常を3つ以上示すもの、又は高度異常を2つ及び中等度の異常を2つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のオに該当するもの
2 級	前記1.の検査成績及び臨床所見のうち中等度又は高度の異常を3つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のエ又はウに該当するもの
3 級	前記1.の検査成績及び臨床所見のうち中等度又は高度の異常を2つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のウ又はイに該当するもの

※ 障害の認定は、異常値の数と一般状態区分表による障害の状態などによって認定されます。

3. アルコール性肝硬変の基準を追加しました。

アルコール性肝硬変については、継続して必要な治療を行っていること及び検査日より前に180日以上アルコールを摂取していないことについて、確認のできた者に限り、認定されます。

日本年金機構の年金事務所の連絡先は、日本年金機構ホームページ（全国の相談・手続窓口）にてご確認ください。

<http://www.nenkin.go.jp/n/www/section/>

全国の窓口 日本年金機構 検索

障 害 の 状 態

⑫ 疾患別所見 (平成 年 月 日 現症) (該当する疾患について記入してください。)

1 心筋疾患																			
(1) 肥大型心筋症	無	有																	
(2) 拡張型心筋症	無	有																	
(3) その他の心筋症	無	有																	
(4) 所見 (
2 虚血性心疾患																			
(1) 心不全症状	無	軽労作で有	安静時有																
(2) 狭心症状	無	軽労作で有	安静時有																
(3) 梗塞後狭心症状	無	軽労作で有	安静時有																
(4) 心室性期外収縮	無	有	(Lown 度)																
(5) インターベンション	無	有	初回: (平成 年 月 日)、計 回、手技 (
(6) A C バイパス術	無	有	初回: (平成 年 月 日)																
(7) 再 狭 窄	無	有	(平成 年 月 日)																
(8) その他の手術	無	有	(手術名) (平成 年 月 日)																
(9) その他 (
3 不 整 脈																			
(1) 難治性不整脈	無	有	() (平成 年 月 日)																
(2) ペースメーカー治療	無	有	(平成 年 月 日)																
(3) 植込み型除細動器(ICD)	無	有	(平成 年 月 日)																
(4) その他 (
4 大動脈疾患																			
(1) 胸部大動脈解離	無	有	Stanford 分類 (A 型 ・ B 型) (平成 年 月 日)																
(2) 大動脈瘤	無	有	(部位: 胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部) (最大血管短径 cm) (平成 年 月 日)																
(3) 人工血管	無	有	(部位: 胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部) (平成 年 月 日)																
(4) ステントグラフト	無	有	(部位: 胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部) (平成 年 月 日)																
(5) その他の手術	無	有	(手術名) (平成 年 月 日)																
(6) その他 (
注: 高血圧症がある場合は、「7 高血圧症」にも記載してください。																			
5 先天性心疾患・弁疾患																			
(1) 先天性心疾患の場合	症状の出現時期 (昭和・平成 年 月 日)	(4) 肺体血流比	_____																
	小・中学生時代の体育の授業 普通にできた 参観していた	(5) 肺動脈収縮期圧	_____ mmHg																
(2) 弁疾患の場合	原因疾患	(6) 人工弁置換術	無 ・ 有																
	発病時期 (昭和・平成 年 月 日)	(手術名)	(平成 年 月 日)																
(3) Eisenmenger症候群	無 ・ 有	(7) その他の手術	無 ・ 有																
		(手術名)	(平成 年 月 日)																
		(8) その他 ()																
6 重症心不全																			
(1) 心臓移植	無	有	(平成 年 月 日)																
(2) 人工心臓	無	有	(平成 年 月 日)																
(3) 心臓再同期医療機器 (CRT)	無	有	(平成 年 月 日)																
(4) 除細動器機能付き心臓再同期医療機器 (CRT-D)	無	有	(平成 年 月 日)																
7 高血圧症																			
(1) 本態性高血圧症・二次性高血圧症 (病名:)	(4) 眼底検査所見 (平成 年 月 日)	KW・Scheie・その他 (法): _____																	
(2) 検査成績		(5) その他の合併症 (大動脈解離、大動脈瘤、末梢動脈閉塞など)	無 ・ 有 (病名:)																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>血圧測定年月日</th> <th>最大血圧</th> <th>最小血圧</th> <th>降圧薬服用</th> </tr> <tr> <td>・</td> <td></td> <td></td> <td>無・有 (種)</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td></td> <td></td> <td>無・有 (種)</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td></td> <td></td> <td>無・有 (種)</td> </tr> </table>	血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用	・			無・有 (種)	・			無・有 (種)	・			無・有 (種)		(6) 血清クレアチニン濃度	mg/dl
血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用																
・			無・有 (種)																
・			無・有 (種)																
・			無・有 (種)																
尿蛋白の有無 (- ・ ± ・ + ・ ++)																			
(3) 一過性脳虚血発作の既往	無 ・ 有	: 1年以内・1年以上前 (年 月頃)																	
8 その他の循環器疾患																			
(1) 手術	無 ・ 有	(手術名)	(平成 年 月 日)																
(2) その他 (
⑬ 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。)																			
⑭ 予 後 (必ず記入してください。)																			
⑮ 備 考																			

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

記 入 上 の 注 意

- 1 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るよ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 ③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 ⑨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 「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) ①～⑪及び⑬～⑱の欄は、全て記入してください。⑫の欄については本人の障害の程度及び状態に無関係な欄に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) ⑪の欄「4 検査所見」の(3)～(6)については、検査を行った場合には、該当する項目に現症日の直近の結果を記入してください。
 - (3) ⑪の欄「4 検査所見」の「(6)血液検査」は、どちらか一方の検査数値を記入してください。
 - (4) ⑫の欄「6 重症心不全」については、重症心不全に該当する場合は⑫6欄に記入してください。なお、重症に該当しない者が「(3)心臓再同期医療機器(CRT)」又は「(4)除細動器機能付き心臓再同期医療機器(CRT-D)」を装着した場合は、装着年月日や医療機器(CRT又はCRT-D)を⑮備考欄に記入してください。
 - (5) ⑫の欄「7 高血圧症」の「(4)眼底検査所見」は、過去3か月間において、病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。
- 5 心電図所見のあるものは、この診断書の外に、心電図(コピー)を必ず添えてください。

(参考2)

内

国民年金
厚生年金保険

診 断 書

腎疾患・肝疾患
糖尿病 の障害用

(フリガナ) 氏 名		生年月日		昭和 平成	年	月	日生(歳)	性別	男・女																																																																																																			
住 所		都道府県		市区																																																																																																								
① 障害の原因 となった 傷病名		② 傷病の発生日		昭和 平成	年	月	日	診本 療年 録の で申 立て 認	診本 療年 録の で申 立て 認																																																																																																			
④ 傷病の原因 又は誘因		⑤ 既存 障害		⑥ 既往症																																																																																																								
⑦ 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。		傷病が治っている場合		治った日		平成	年	月	日	確 認 推 定																																																																																																		
		傷病が治っていない場合		症状のよくなる見込		有	無	不明																																																																																																				
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)																																																																																																												
⑨ 現在までの治療の内容、 期間、経過、その他参考となる事項		診察回数		年間		回、月平均		回																																																																																																				
		手術歴		手術名()		手術年月日(年 月 日)																																																																																																						
⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測)		身長		cm		脈拍		回/分		血 圧	最 大	mmHg		降圧薬服用																																																																																														
		体重		kg						血 圧	最 小	mmHg		無・有																																																																																														
⑪ 一般状態区分表(平成 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で明んでください。)																																																																																																												
ア 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																																																																																																												
イ 軽度の症状があり、肉体的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、軽い家事、事務など																																																																																																												
ウ 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																																																																																																												
エ 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																																																																																																												
オ 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																																																																																																												
障 害 の 状 態																																																																																																												
⑫ 腎疾患(平成 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(⑩)の欄にも必要事項を記入してください。																																																																																																												
1 臨床所見																																																																																																												
(1)自覚症状				(2)他覚所見				(3)検査成績 (記入上の注意を参照)																																																																																																				
悪 心 (無・有・著)				浮 腫 (無・有・著)				<table border="1"> <tr> <td colspan="2">検査日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">検査項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">尿蛋白一日量</td> <td>g/日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">尿 蛋 白</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">尿沈渣</td> <td>赤血球</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>白血球</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>円柱</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">赤血球数</td> <td>× 10⁴/μℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ヘモグロビン濃度</td> <td>g/dℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ヘマトクリット</td> <td>%</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">白血球数</td> <td>/ μℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血小板数</td> <td>× 10⁴/ μℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血清総蛋白</td> <td>g/dℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血清アルブミン</td> <td>g/dℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">総コレステロール</td> <td>mg/dℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血液尿素窒素(BUN)</td> <td>mg/dℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血清クレアチニン濃度</td> <td>mg/dℓ</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">内因性クレアチニン・クリアランス</td> <td>ml/分</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">動脈血</td> <td>ph</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								検査日					検査項目					尿蛋白一日量		g/日			尿 蛋 白					尿沈渣	赤血球				白血球				円柱				赤血球数		× 10 ⁴ /μℓ			ヘモグロビン濃度		g/dℓ			ヘマトクリット		%			白血球数		/ μℓ			血小板数		× 10 ⁴ / μℓ			血清総蛋白		g/dℓ			血清アルブミン		g/dℓ			総コレステロール		mg/dℓ			血液尿素窒素(BUN)		mg/dℓ			血清クレアチニン濃度		mg/dℓ			内因性クレアチニン・クリアランス		ml/分			動脈血		ph		
検査日																																																																																																												
検査項目																																																																																																												
尿蛋白一日量		g/日																																																																																																										
尿 蛋 白																																																																																																												
尿沈渣	赤血球																																																																																																											
	白血球																																																																																																											
	円柱																																																																																																											
赤血球数		× 10 ⁴ /μℓ																																																																																																										
ヘモグロビン濃度		g/dℓ																																																																																																										
ヘマトクリット		%																																																																																																										
白血球数		/ μℓ																																																																																																										
血小板数		× 10 ⁴ / μℓ																																																																																																										
血清総蛋白		g/dℓ																																																																																																										
血清アルブミン		g/dℓ																																																																																																										
総コレステロール		mg/dℓ																																																																																																										
血液尿素窒素(BUN)		mg/dℓ																																																																																																										
血清クレアチニン濃度		mg/dℓ																																																																																																										
内因性クレアチニン・クリアランス		ml/分																																																																																																										
動脈血		ph																																																																																																										
食 欲 不 振 (無・有・著)				意 識 障 害 (無・有・著)																																																																																																								
頭 痛 (無・有・著)				尿毒症症状 (無・有・著)																																																																																																								
				アチドージス (無・有・著)																																																																																																								
				貧 血 (無・有・著)																																																																																																								
				腎不全に基づく 神経症状(無・有)																																																																																																								
				消化器症状(無・有)																																																																																																								
				視力障害(無・有)																																																																																																								
2 腎生検 無・有		検査年月日(平成 年 月 日)		検査年月日(平成 年 月 日)																																																																																																								
3 人工透析療法		(1)人工透析療法の実施の有無		無・有(CAPD、血液透析)																																																																																																								
		(2)人工透析開始日		(平成 年 月 日)																																																																																																								
		(3)人工透析実施状況		回数・回/週、1回 時間																																																																																																								
		(4)人工透析導入後の臨床経過																																																																																																										
		(5)長期透析による合併症		無・有(その所見)																																																																																																								
4 その他の所見(腎臓移植術を行っているときは、その実施日を記入してください。)																																																																																																												

本人の申立てで「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で明かす。本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

(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。

障 害 の 状 態

⑬ 肝疾患 (平成 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 臨床所見

(1)自覚症状 (2)他覚所見
 全身倦怠感 (無・有・著) 肝萎縮 (無・有・著)
 発熱 (無・有・著) 脾腫大 (無・有・著)
 食欲不振 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著)
 悪心・嘔吐 (無・有・著) 腹水 (無・有・
 皮膚そう痒感 (無・有・著) 有(難治性))
 有痛性筋痙攣 (無・有・著) 黄疸 (無・有・著)
 吐血・下血 (無・有・著) 腹壁静脈怒張 (無・有・著)
 肝性脳症 (無・有(度))
 出血傾向 (無・有・著)

2 Child-Pughによるgrade

A (5・6) B (7・8・9) C (10・11・12以上)

3 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)

所見 グレード () ステージ ()

4 食道・胃などの静脈瘤

(1)無・有 検査年月日(平成 年 月 日)

(2)吐血・下血の既往 無・有 (回)

(3)治療歴 無・有 (回)

5 ヘルパーマ治療歴 無・有

・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回
 ・放射線療法 回 ・化学療法 回

6 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所見

7 治療の内容

(1)利尿剤 (無・有) (4)アルブミン・血漿製剤 (無・有)
 (2)特殊アミノ酸製剤 (無・有) (5)血小板輸血 (無・有)
 (3)抗ウイルス療法 (無・有) (6)その他
 具体的内容

(3)検査成績 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設基準値			
AST(GOT) IU/l					
ALT(GPT) IU/l					
γ-GTP IU/l					
血清総ビリルビン mg/dl					
アルカリホスファターゼ IU/l					
血清総蛋白 g/dl					
血清アルブミン g/dl					
BCG法・BCP法 ・改良型BCP法					
A/G比					
血小板数 ×10 ⁴ /μl					
プロトロンビン時間 %					
総コレステロール mg/dl					
血中アンモニア μg/dl					
AFP ng/ml					
PIVKA-II mAU/ml					
アルコール性 肝硬変の場合	180日以上アルコールを摂取していない。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	(○・×)
	継続して必要な治療を実施している。	(○・×)	(○・×)	(○・×)	(○・×)

8 その他の所見

(1)肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日))経過

(2)その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成 年 月 日)

⑭ 糖尿病 (平成 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 病型 (いずれかの病型に○を付してください。)

(1)1型糖尿病 (2)2型糖尿病
 (3)その他の型 (病名)

2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 (記入上の注意を参照)

検査項目	検査日	施設基準値			
HbA1c (%)					
空腹時血糖値 (mg/dl)					

5 その他の所見

3 治療状況

(1)食事療法のみ (2)経口糖尿病薬による
 (3)インスリンによる (単位 / 日 回 / 日)

4 合併症

(1)眼合併症 (平成 年 月 日) 矯正
 ア 視力 (右) _____
 (左) _____
 イ 眼底所見
 (2)神経障害 (症状・検査所見)

⑮ その他の代謝疾患 (平成 年 月 日現症)

(自覚症状・他覚所見・検査成績等)

⑯ 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。)

⑰ 予 後 (必ず記入してください。)

⑱ 備 考

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

病院又は診療所の名称
 所 在 地

診療担当科名
 医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」を切り離さないでください。)

記 入 上 の 注 意

- 1 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るよ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 ③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 ⑨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 「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) ①～⑪及び⑮～⑰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) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA_{1c}及び空腹時血糖値の推移」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。
 - (3) ⑬の欄の「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) アルコール性肝硬変の場合は、⑬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。
 - (5) ⑬の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
 - (6) ⑬の欄の「7 治療の内容」は、⑬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。
 - (7) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。