化学物質過敏症　　１級の認定事例

様式第120号の7

(他) 国民年金 厚生年金保険

診断書 (血液・造血器 その他 の障害用)

1級

(フリガナ) 氏名	○○○○ ○○○ ○ ○ ○ ○	生年月日	昭和 平成 44年 9月 12日生 (42歳)	性別	男・女
住所	住所地の郵便番号 ○○○−○○○○ ○○ 郡市区 ○○○ 町区村				

① 障害の原因となった傷病名	化学物質過敏症	② 傷病の発生年月日	昭和 平成 22年 2月頃日 診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 平成 22年 5月 11日 診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)
④傷病の原因又は誘因	化学物質の曝露 初診年月日(昭和・平成 22年 5月 11日)	⑤既存障害	なし
⑥既往症	なし		

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、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。

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 22年 5月 11日)	平成22年2月頃より、職場の合成洗剤などに反応し動悸、めまい、息切れなどの不定愁訴が出現した。その後、手足のしびれや脱力感による歩行困難や食欲低下などの症状が続いた。症状は徐々に悪化し、空気中の化学物質や食べ物や衣類などの化学物質に反応する重症の化学物質過敏症と診断した。
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	平成22年5月から当院を受診し、薬物療法を行ったが、症状は改善しなかった。治療法は化学物質が少ない食べ物や衣類などの情報を提供し、化学物質の曝露を少なくすることが重要であるため指導した。 診療回数 年間 12 回、月平均 1 回 手術歴 手術名( ) 手術年月日(年 月 日)
⑩ 現状の症状、その他参考となる事項	日常生活は全介助の状態であり、改善する見込みは薄い。

⑪ 計測 (平成 年 月 日 測定)												
身長	cm	体重	現在 kg / 健康時 kg	握力	右 kg / 左 kg	視力	右眼 裸眼 矯正 / 左眼 裸眼 矯正					
視野		調節機能		聴力レベル		最良語音明瞭度	血圧	最高 mmHg / 最小 mmHg				
				右耳	dB	%						
				左耳	dB	%						

(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。

(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。

⑫ **一般状態区分表** (平成 23 年 12 月 17 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)

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

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

⑬ 血液・造血器 (平成 年 月 日現症)

1 臨床所見

(ア) 自覚症状

疲労感	(無・有・著)
動悸	(無・有・著)
息切れ	(無・有・著)
発熱	(無・有・著)
関節症状	(無・有・著)
易感染症	(無・有・著)

(イ) 他覚所見

リンパ節腫脹	(無・有・著)
出血傾向	(無・有・著)
紫斑	(無・有・著)
肝腫	(無・有・著)
脾腫	(無・有・著)

2 血液検査成績 (平成 年 月 日)

(ア) 末梢血液

赤血球	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ
ヘマトクリット	%
白血球	/μℓ
顆粒球	/μℓ
単球	%
リンパ球	/μℓ
病的細胞	‰
血小板	×万/μℓ
網赤血球数	‰
血清総蛋白	g/dℓ

(イ) 骨髄

有核細胞	×万/μℓ
巨核球	/μℓ
赤芽球	%
顆粒球	%
リンパ球	%
病的細胞	‰
顆粒球(G)赤芽球(E)との比(G/E)	

(ウ) 出血傾向

出血時間(法) 分

APTT(基準値 秒) 秒

(エ) その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

3 輸血の回数及び総量

回計 Mℓ

(平成 年 月 日〜平成 年 月 日)

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

回計 Mℓ

(平成 年 月 日〜平成 年 月 日)

5 造血幹細胞移植

無・有(平成 年 月 日)

経過(

6 その他の所見

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。)

⑭ 免疫機能障害　（平成　年　月　日現症）

1 検査成績

検査項目＼検査日	単位	・　・	・　・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ			

（減症日以前の4週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	・　・	・　・
白血球数	/μℓ		
ヘモグロビン量	g/dℓ		
血小板数	万/μℓ		
HIV－RNA量	コピー/Mℓ		

（減症日以前の4週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近2回の検査結果を記入してください。）

2 身体症状等

①1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）
②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）
③月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く　（有・無）
④1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が7日以上ある　（有・無）
⑤1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）
⑥動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する　（有・無）
⑦抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある（①～⑥の症状を除く）（抗HIV療法を実施している場合）　（有・無）
⑧生鮮食料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）
⑨1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）
⑩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 現在持続している副作用の状況

☐ 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
☐ その他（薬剤名、服薬状況及び副作用の状況）

（　　）

4 エイズ発症の既往の有無

有・無

5 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。

はい・いいえ

6 肝炎の状況　（☐ 薬剤性・☐ B型・☐ C型・☐ その他（　　））（肝炎を発症している場合は必ず記載してください。）

（1）検査所見

検査項目＼検査日	単位	・　・	・　・
血清アルブミン	g/dℓ		
AST（GOT）			
ALT（GPT）			
プロトロンビン	%		
時間	延長秒		
総ビリルビン（※）	mg/dℓ		

（2）臨床所見

食道静脈瘤　無・有　（内視鏡による、X線造影による、その他（　））
肝硬変　無・有　（代償性、非代償性）
肝細胞癌　無・有
肝性脳症　無・有　（1年以内に発症したことがある）
腹水　無・有・著
消化管出血　無・有　（1年以内に発症したことがある）
（※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用　無・有）

⑮ その他の障害　（平成 23 年 12 月 17 日現症）

1 症状

（1）自覚症状

動けなくなるほどの筋肉痛や脱力感などの運動障害、頭痛、異常発汗、易疲労などの神経症状、嘔吐、下痢などの消化器症状、呼吸困難などの呼吸器症状、動悸などの循環器症状、視力低下、眼の炎症などの眼科的症状、湿疹、かゆみなどの皮膚症状などの多彩な症状が出現している。また、微熱や月経不順がみられる。

（2）他覚所見

声の発生が弱くて聞き取り難く、筆談が必要であった。

2 検査成績

（1）血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・　・	・　・	・　・
赤血球数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

（2）その他の検査成績

3 人工臓器等

（1）人工肛門の造設　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日
（2）尿路変更術　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日
（3）新膀胱造設　無・有　手術年月日：平成　年　月　日
（4）自己導尿の常時施行　無・有　開始年月日：平成　年　月　日　終了年月日：平成　年　月　日
（5）完全尿失禁状態　無・有（カテーテル留置：平成　年　月　日）
（6）その他の手術　無・有（　　）平成　年　月　日

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）	生活環境内の化学物質によって、常に症状が出現している状態である。症状は悪化傾向にあり、全生活を通じて身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている。
⑰ 予後（必ず記入してください）	不明
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。　平成 24 年 2 月 6 日

病院又は診療所の名称　○○病院　　診療担当科名　内科
所在地　○○市 ○○町 ○○　　医師氏名　○○○○　印

＜化学物質過敏症　１級＞

（付　記）

○　本例は、初診日が「平成 22 年5月１１日」であるので、障害認定日は 1 年６月後の平成２３年１１月１１日となる。

この診断書の障害の状態は、平成 ２３年１２月１７日現症のもので、障害認定日以降３月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。

○　傷病は「化学物質過敏症」であるので、⑫、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

■認　定――

障害の程度は、生活環境内の化学物質によって、動けなくなるほどの筋肉痛や脱力感、頭痛、易疲労、嘔吐、下痢、呼吸困難、動悸、視力低下、湿疹などの多様な症状が出現するため、日常生活は全介助の状況となっている。また、一般状態区分は「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」となっていることから、「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」に該当すると認められるので、１級９号と認定される。

化学物質過敏症　　２級の認定事例

様式第120号の7

(他) 国民年金 厚生年金保険

診断書 (血液・造血器 その他 の障害用)

2級

(フリガナ) 氏名	○○○○ ○○○ ○ ○ ○ ○	生年月日	(昭和)・平成 44年 6月 4日生(42歳)	性別	男・(女)
住所	住所地の郵便番号 ○○○−○○○○ ○○ 郡市区 ○○○ 町区村				

① 障害の原因となった傷病名	化学物質過敏症	② 傷病の発生年月日	昭和 (平成) 22年 5月頃 日 (診療録で確認・本人の申立て)(年 月 日)
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	昭和 (平成) 22年 6月 2日 (診療録で確認・本人の申立て)(年 月 日)
④傷病の原因又は誘因	空気汚染化学物質 初診年月日(昭和・(平成) 22年 6月 2日)	⑤既存障害	なし
⑥既往症	なし		

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) 22年 6月 2日)	自覚症状：眼の痛み、頭痛、吐き気、動悸、過呼吸気味などの多彩な症状を認める。 理学的所見：自律神経弛張、平衡機能障害、軽度の眼球追従運動障害が検出されている。
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	日常生活における栄養を含めた生活環境の整備を指導。
	診療回数 年間 12回、月平均 1回
	手術歴 手術名( ) 手術年月日(年 月 日)
⑩ 現状の症状、その他参考となる事項	日常生活は時々介助が必要な状態であり、就労は不能。

⑪ 計測 (平成 年 月 日 測定)	身長	cm	体重	現在 kg	握力	右 kg	視力	右眼	裸眼		矯正			
				健康時 kg		左 kg		左眼	裸眼		矯正			
	視野		調節機能			聴力レベル	最良語音明瞭度	血圧	最高	mmHg				
					右耳	dB	%		最小	mmHg				
					左耳	dB	%							

⑫ **一般状態区分表** (平成 24 年 2 月 6 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)

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

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

⑬ **血液・造血器** (平成 年 月 日現症)

1 臨床所見

(ア) 自覚症状

疲労感	(無・有・著)
動悸	(無・有・著)
息切れ	(無・有・著)
発熱	(無・有・著)
関節症状	(無・有・著)
易感染症	(無・有・著)

(イ) 他覚所見

リンパ節腫脹	(無・有・著)
出血傾向	(無・有・著)
紫斑	(無・有・著)
肝腫	(無・有・著)
脾腫	(無・有・著)

2 血液検査成績 (平成 年 月 日)

(ア) 末梢血液

赤血球	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ
ヘマトクリット	%
白血球	/μℓ
顆粒球	/μℓ
単球	%
リンパ球	/μℓ
病的細胞	‰
血小板	×万/μℓ
網赤血球数	‰
血清総蛋白	g/dℓ

(イ) 骨髄

有核細胞	×万/μℓ
巨核球	/μℓ
赤芽球	%
顆粒球	%
リンパ球	%
病的細胞	‰
顆粒球(G)赤芽球(E)との比(G/E)	

(ウ) 出血傾向

出血時間(法) 分

APTT (基準値 秒) 秒

(エ) その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

3 輸血の回数及び総量

回計 Mℓ

(平成 年 月 日～平成 年 月 日)

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

回計 Mℓ

(平成 年 月 日～平成 年 月 日)

5 造血幹細胞移植

無・有 (平成 年 月 日)

経過(

6 その他の所見

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。)

(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。

(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。

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、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。

⑭ 免疫機能障害　（平成　　年　　月　　日現症）

1 検査成績

検査項目＼検査日	単位	・　・	・　・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ			

（減症日以前の4週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	・　・	・　・
白血球数	/μℓ		
ヘモグロビン量	g/dℓ		
血小板数	万/μℓ		
HIV−RNA量	コピー/Mℓ		

（減症日以前の4週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近2回の検査結果を記入してください。）

2 身体症状等

①1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）
②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）
③月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く　（有・無）
④1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が7日以上ある　（有・無）
⑤1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）
⑥動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する　（有・無）
⑦抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある（①〜⑥の症状を除く）（抗HIV療法を実施している場合）　（有・無）
⑧生鮮食料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）
⑨1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）
⑩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 現在持続している副作用の状況

□ 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
□ その他（薬剤名、服薬状況及び副作用の状況）

4 エイズ発症の既往の有無

有・無

5 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。

はい・いいえ

6 肝炎の状況　（□ 薬剤性　・□ B型　・□ C型　・□ その他（　　））（肝炎を発症している場合は必ず記載してください。）

（1） 検査所見

検査項目＼検査日	単位	・　・	・　・
血清アルブミン	g/dℓ		
AST（GOT）			
ALT（GPT）			
プロトロンビン	%		
時間	延長秒		
総ビリルビン（※）	mg/dℓ		

（2） 臨床所見

食道静脈瘤　無・有　（内視鏡による、X線造影による、その他（　　））
肝硬変　無・有　（代償性、非代償性）
肝細胞癌　無・有
肝性脳症　無・有　（1年以内に発症したことがある）
腹水　無・有・著
消化管出血　無・有　（1年以内に発症したことがある）
（※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用　無・有）

⑮ その他の障害　（平成 24 年 2 月 6 日現症）

1 症状

（1）自覚症状

動けなくなるほどの頭痛、めまい、動悸、吐き気、倦怠感、のどや眼の痛み、視力低下感、思考力、集中力の低下などの多彩な症状が空気汚染化学物質により容易に誘発、増悪する。

（2）他覚所見

尿、一般生化学検査、血液検査では異常なし。
理学的所見としては、平衡機能障害、眼球追従運動障害がある。

2 検査成績

（1） 血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・　・	・　・	・　・
赤血球数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

（2） その他の検査成績

3 人工臓器等

（1）人工肛門の造設　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日
（2）尿路変更術　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日
（3）新膀胱造設　無・有　手術年月日：平成　年　月　日
（4）自己導尿の常時施行　無・有　開始年月日：平成　年　月　日　終了年月日：平成　年　月　日
（5）完全尿失禁状態　無・有（カテーテル留置：平成　年　月　日）
（6）その他の手術　無・有（　　）平成　年　月　日

⑯ 現症時の日常生活動能力及び労働能力（必ず記入してください）	日常生活にも著しい支障が生じており、身の回りのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している状態である。
⑰ 予後（必ず記入してください）	不明
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。　平成 24 年 2 月 6 日

病院又は診療所の名称　○　○　病　院　　診療担当科名　内科
所在地　○○市　○○町　○○　　医師氏名　○　○　○　○　　印

＜化学物質過敏症　２級＞

（付　記）

○　本例は、初診日が「平成２２年６月２日」であるので、障害認定日は１年６月後の平成２３年１２月２日となる。

この診断書の障害の状態は、平成２４年２月６日現症のもので、障害認定日以降３月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。

○　傷病は「化学物質過敏症」であるので、⑫、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

■認　定

障害の程度は、血液・生化学検査にて異常はないが、動けなくなるほどの頭痛、めまい、動悸、吐き気、倦怠感、のどや眼の痛みなどの症状が化学物質により容易に誘発、増悪し、日常生活に著しい支障が生じ、就労は全くできず、一般状態区分は「身のまわりのある程度のことはできるが、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」となっていることから、「日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」に該当すると認められるので、２級１５号と認定される。

化学物質過敏症　　３級の認定事例

様式第120号の7

(他) 国民年金 厚生年金保険

診断書 (血液・造血器 その他 の障害用)

3級

(フリガナ) 氏名	○○○○ ○○○ ○ ○ ○ ○	生年月日	(昭和) 平成 41年 2月 19日生 (45歳)	性別	男・(女)
住所	住所地の郵便番号 ○○○−○○○○ ○○ 郡市区 ○○○ 町区村				

① 障害の原因となった傷病名	化学物質過敏症	② 傷病の発生年月日	(昭和) (平成) 22年 6月頃 日 (診療録で確認) 本人の申立て (年 月 日)
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日	(昭和) (平成) 22年 7月 8日 (診療録で確認) 本人の申立て (年 月 日)

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、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。

④傷病の原因又は誘因	不明 初診年月日(昭和・平成 年 月 日)	⑤既存障害	なし	⑥既往症	なし

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) 22年 7月 8日)	平成22年6月頃より、めまい、視覚異常、嘔吐、脱力、集中力低下、記憶力低下、思考力低下、下痢、うつ状態などの症状がみられる。これらの症状は、洗剤、シャンプー、香水、工場の臭気などで起こり易く悪化しやすい。		
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	平成22年7月にタチオン、ハイシー、ユベラを処方するも症状変化なく、自分にとって悪い臭気を避けて生活している。	診療回数	年間 12回、月平均 1回
		手術歴	手術名( ) 手術年月日(年 月 日)
⑩ 現状の症状、その他参考となる事項	現在も症状は同様で、職場の同僚のシャンプーや洗剤等の臭いに耐えられず、平成23年3月で仕事を辞めている。		

⑪ 計測 (平成 年 月 日 測定)												
身長	cm	体重	現在 kg / 健康時 kg	握力	右 kg / 左 kg	視力	右眼 裸眼 / 左眼 裸眼	矯正 / 矯正				
視野		調節機能			聴力レベル	最良語音明瞭度	血圧	最高	mmHg			
				右耳	dB	%		最小	mmHg			
				左耳	dB	%						

⑫ **一般状態区分表** (平成 24 年 1 月 15 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)

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

(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

⑬ **血液・造血器** (平成 年 月 日現症)

1 臨床所見

(ア) 自覚症状

疲労感	(無・有・著)
動悸	(無・有・著)
息切れ	(無・有・著)
発熱	(無・有・著)
関節症状	(無・有・著)
易感染症	(無・有・著)

(イ) 他覚所見

リンパ節腫脹	(無・有・著)
出血傾向	(無・有・著)
紫斑	(無・有・著)
肝腫	(無・有・著)
脾腫	(無・有・著)

2 血液検査成績 (平成 年 月 日)

(ア) 末梢血液

赤血球	×万/μℓ
ヘモグロビン濃度	g/dℓ
ヘマトクリット	%
白血球	/μℓ
顆粒球	/μℓ
単球	%
リンパ球	/μℓ
病的細胞	‰
血小板	×万/μℓ
網赤血球数	‰
血清総蛋白	g/dℓ

(イ) 骨髄

有核細胞	×万/μℓ
巨核球	/μℓ
赤芽球	%
顆粒球	%
リンパ球	%
病的細胞	‰
顆粒球(G)赤芽球(E)との比(G/E)	

(ウ) 出血傾向

出血時間 (法) 分

APTT (基準値 秒) 秒

(エ) その他

CRP	検査値	LDH	施設基準値	検査値

3 輸血の回数及び総量

回計 Mℓ

(平成 年 月 日〜平成 年 月 日)

4 凝固因子製剤輸注の回数及び量

回計 Mℓ

(平成 年 月 日〜平成 年 月 日)

5 造血幹細胞移植

無・有 (平成 年 月 日)

経過 (

6 その他の所見

(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。

(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。

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。)

⑭ 免疫機能障害 （平成　年　月　日現症）

1 検査成績

検査項目＼検査日	単位	・　・	・　・	平均値
CD4陽性Tリンパ球数	/μℓ			

（減症日以前の4週間以上の間隔を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。）

検査項目＼検査日	単位	・　・	・　・
白血球数	/μℓ		
ヘモグロビン量	g/dℓ		
血小板数	万/μℓ		
HIV－RNA量	コピー/mℓ		

（減症日以前の4週間以上の間隔をおいて実施した連続する直近2回の検査結果を記入してください。）

2 身体症状等

①1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）
②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）
③月に7日以上の不定の発熱（38℃以上）が2ヶ月以上続く　（有・無）
④1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が7日以上ある　（有・無）
⑤1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）
⑥動悸や息苦しくなる症状が毎日のように出現する　（有・無）
⑦抗HIV療法による日常生活に支障が生じる副作用がある（①～⑥の症状を除く）（抗HIV療法を実施している場合）　（有・無）
⑧生鮮食料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）
⑨1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）
⑩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 現在持続している副作用の状況

□ 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
□ その他（薬剤名、服薬状況及び副作用の状況）

（　　）

4 エイズ発症の既往の有無

有・無

5 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。

はい・いいえ

6 肝炎の状況 （□ 薬剤性 ・ □ B型 ・ □ C型 ・ □ その他（　　））（肝炎を発症している場合は必ず記載してください。）

(1) 検査所見

検査項目＼検査日	単位	・　・	・　・
血清アルブミン	g/dℓ		
AST（GOT）			
ALT（GPT）			
プロトロンビン	%		
時間	延長秒		
総ビリルビン（※）	mg/dℓ		

(2) 臨床所見

食道静脈瘤　無・有　（内視鏡による、X線造影による、その他（　））
肝硬変　無・有　（代償性、非代償性）
肝細胞癌　無・有
肝性脳症　無・有　（1年以内に発症したことがある）
腹水　無・有・著
消化管出血　無・有　（1年以内に発症したことがある）
（※ ビリルビン値の上昇をきたす薬剤の使用　無・有）

⑮ その他の障害 （平成 24 年 1 月 15 日現症）

1 症状

(1) 自覚症状

洗剤、シャンプー、香水、芳香剤、殺虫剤等の臭気で、めまい、視覚異常、嘔吐、脱力、集中力低下、記憶力低下、思考力低下、下痢、うつ状態などの症状が出現し、そのために動けなくなり、週のうち数日は自宅にて安静が必要となる。臭気のため、交通機関の利用が困難で買物など外出が困難である。

(2) 他覚所見

臭気に接したときには顔色不良、顔がはれぼったくなる。病状が長引いており、症状の回復に不安を示している。

2 検査成績

(1) 血液・生化学検査

検査項目＼検査日	単位	施設基準値	・　・	・　・	・　・
赤血球数	万/μℓ				
ヘモグロビン濃度	g/dℓ				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dℓ				
血清アルブミン	g/dℓ				

(2) その他の検査成績

3 人工臓器等

(1) 人工肛門の造設　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日
(2) 尿路変更術　無・有　造設年月日：平成　年　月　日　閉鎖年月日：平成　年　月　日
(3) 新膀胱造設　無・有　手術年月日：平成　年　月　日
(4) 自己導尿の常時施行　無・有　開始年月日：平成　年　月　日　終了年月日：平成　年　月　日
(5) 完全尿失禁状態　無・有（カテーテル留置：平成　年　月　日）
(6) その他の手術　無・有（　　）平成　年　月　日

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）	日常生活に存在する臭気によって、通常の社会生活や労働は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要な状態である。
⑰ 予後（必ず記入してください）	不明
⑱ 備考	

上記のとおり、診断します。　平成 24 年 1 月 15 日

病院又は診療所の名称　○○病院　　診療担当科名　内科
所在地　○○市 ○○町 ○○　　医師氏名　○○○○　印

＜化学物質過敏症　３級＞

（付　記）

○　本例は、初診日が「平成２２年７月８日」であるので、障害認定日は１年６月後の平成２４年１月８日となる。

この診断書の障害の状態は、平成２４年１月１５日現症のもので、障害認定日以降３月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。

○　傷病は「化学物質過敏症」であるので、⑫、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

■認　定

障害の程度は、洗剤、シャンプー、香水、芳香剤など日常にありふれた臭気でめまい、視覚異常、嘔吐、脱力、集中力低下、うつ状態などの症状があり、週のうち数日自宅にて安静が必要になるため、ほとんど外出することができず、一般状態区分は「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」となっていることから、「労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの」に該当すると認められるので、３級１２号と認定される。