様式6

予防接種健康被害救済制度

診 断 書

（障害年金・障害児養育年金請求用）

氏　　名		生　年　月　日	年　　月　　日生	男・女
現在の就学状況	有		無	
現在の就労状況	有		無	
就労能力	1 障害のために就労できない	2 障害のために就労に高度の制限を受けている	3 障害のために就労に制限を受けている	4 就労にほとんど制限を受けない

注　Ⅰ、Ⅱ及びⅢが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

Ⅰ　精神神経障害の程度

診断名		
障害固定又は障害確定（推定）	年　　月　　日	
精神の症状又は状態像	（易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他）	てんかん発作（けいれん発作） なし あり（　回/年　月　週　日） ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他（　）
身体所見（神経学的検査所見を含む）		
知能障害の状態	判定（正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度）　テスト方式（　）　テスト不能 知能指数又は発達指数（IQ・DQ　）　精神年齢（MA）	
日常生活状況 / 日常生活能力	日常生活能力の判定（該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと）	
	喫食	ひとりでできる / 介助があればできる / できない
	食事の用意後後片付け	ひとりでできる / 介助があればできる / できない
	用便（月経）の始末	ひとりでできる / 介助があればできる / できない
	入浴・洗面・着衣	ひとりでできる / 介助があればできる / できない
	簡単な買い物	ひとりでできる / 介助があればできる / できない
	家族との話	通じる / 少しは通じる / 通じない
	家族以外の者との話	通じる / 少しは通じる / 通じない
	刃物・火事の危険	わかる / 少しはわかる / わからない
	火気の使用	ひとりでできる / 介助があればできる / できない
	戸外での危険（交通事故等）から身を守る	守れる / 不十分ながら守れる / 守れない
	乗り物を利用した外出	ひとりでできる / 介助があればできる / できない
	電話の応対	できる / 少しはできる / できない
	その他	
	日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする　2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする 3 生活指導を必要とする　4 生活指導の必要がない
現在行っている治療		
症状のよくなる見込		
その他特記すべき事項		

上記のとおり診断しました。

年　　月　　日　　居住地又は勤務先

医師氏名（署名）

＊　患者の身体状況等について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

Ⅱ　運動障害の程度

診　　断　　名				
障害固定又は障害確定（推定）	年　　月　　日			
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的可能度	他動的可能度
歩行（平地）	可　能（　　km）　　つたい歩き可能　　不　能			
起　　立　　位	可　能　　不　能			
座　　位	正座　　横座　　あぐら　　脚をなげ出して座る　　うずくまる　　不能			
下　　肢　　長	右　　cm　　左　　cm			
握　　力	右　　kg　　左　　kg			
運動麻痺	右 左　上肢　　右 左　下肢 弛緩性　　痙　性　　不随性　　強　剛　　しんせん　　失　調			
その他の運動障害	（巧遅性、スピード等）			
日常生活状況	日常生活能力の判定（　該当するものを選んで、どれか一つを〇で囲むこと　） 食　　事（　ひとりでできる　　介助があればできる　　できない　） 用便の始末（　ひとりでできる　　介助があればできる　　できない　） 入浴・洗面（　ひとりでできる　　介助があればできる　　できない　） 着　　衣（　ひとりでできる　　介助があればできる　　できない　） そ　の　他			
現在行っている治療				
症状のよくなる見込				
その他特記すべき事項				
上記のとおり診断しました。 年　　月　　日　　居住地又は勤務先 医師氏名（署名）				

Ⅲ　その他の障害の程度（視力、聴力、咀嚼・言語機能、心機能、腎機能障害等）

診　　断　　名	
障害固定又は障害確定（推定）	年　　月　　日
障害の状態及び検査所見	
日常生活状況	
現在行っている治療	
症状のよくなる見込	
その他特記すべき事項	
上記のとおり診断しました。 年　　月　　日　　居住地又は勤務先 医師氏名（署名）	

記入上の留意事項

１　本診断書は、定期又は臨時の予防接種を受けたことにより障害の状態になったとして、予防接種法第16条第１項第２号に掲げる障害児養育年金又は同項第３号に掲げる障害年金（以下「障害年金等」という。）の給付を受けようとする際に、その請求書に添付する書類であり、接種を受けた方が予防接種法施行令別表第１又は第２に定める程度の障害の状態にあるかどうかについて、診断した医師が記入するものです。

２　障害の状態について、その障害の種類ごとに該当する「Ⅰ精神神経障害の程度」「Ⅱ運動障害の程度」「Ⅲその他の障害※の程度」のそれぞれの欄に、診断した医師が記入してください。ただし、同じ障害については、可能な限り一人の医師が他の医師に照会する等により記入してください。複数の障害がある場合は、各々の障害について診断した医師が記入してください。（各障害について同一の医師が記入する際は共通する項目については省略可能です）

※その他の障害は、「Ⅰ精神神経障害」「Ⅱ運動障害」以外の障害（心機能障害、腎機能障害、呼吸機能障害、代謝機能障害、視力障害・聴力障害、咀嚼・嚥下障害等）が該当します。

３　診断した医師は、接種を受けた方が「当該障害の状態となった」と判断した日を該当欄（「障害固定又は障害確定（推定）」）に記入し、その時点の状態を記入してください（初診日や入院日ではありません）。

「障害固定又は障害確定（推定）」は、障害年金等の支給開始月の決定に影響することから、接種日・発症日・初診日及び接種後に生じた症状の経過等について診療録に記録された内容も確認の上、正確な日付及び状態を記入してください（「障害固定又は障害確定（推定）」の「日」が不明の場合は「月」までの記入で差し支えありません）。

４　記入に当たっては、予防接種法施行令別表第１又は第２の等級表を参照し、判断に必要な情報を診断書様式に沿って不足がないよう注意してください。記入欄が不足する場合は任意様式を添付してください。

５　各障害の程度の記入に当たっては、診断書記載時点の一時的能力で判定するのではなく、発症からの症状経過や治療の状況、障害の改善見込み等を鑑み、障害の固定に至ったと判断した時点における障害の程度を記入してください。

また、可能な限り検査値や臨床評価値（例えば、HDS-Rの結果や、握力値、歩行距離等のADLの評価に資する値）等の客観的根拠を記入してください。

６　「Ⅱ　運動障害の程度」について、

○障害の程度を審査するために具体的な記載が望ましく、例えば、「移動手段として車椅子の使用が必要な場合」「歩行時に杖の使用や補装具の装着が必要な場合」等については、その旨を明記してください。

○障害の程度は、補装具等を装着しない状態で評価してください。

○日常生活状況については、杖や補装具等を使用した状態での状況を記入してください。

7　「Ⅲ　その他の障害の程度」について、

〇例えば、以下の場合に該当する者については、その旨を「障害の状態及び検査所見」欄に明記してください（以下は一例です。その他障害の程度の判断に影響すると考えられる事項についても幅広く記入してください。）。

・心機能障害において「ペースメーカを植え込んだ場合」「体内植え込み型除細動器（ICD）を装着した場合」「人工血管を挿入した場合」「人工弁移植、人工弁置換術を受けた場合」等

・腎機能障害において「人工透析実施中の場合」等

・呼吸機能障害において「在宅酸素療法を実施中の場合」等

・直腸機能障害において「腸管ストマを装着した場合」等

〇障害の程度は、上記の機器等を装着しない状態で評価してください。

〇日常生活状況については、機器等の装着を含む治療を実施した状態における状況を記入してください。

例えば、「ペースメーカを植え込んだ状態で、自己の身辺の活動や家庭内での軽い家事等の作業は可能だが、それ以上の活動や労働等は著しい支障がある」「人工透析を１回４時間週３回実施中であるが、日常生活は罹患前と同様に自立している」等、負荷の程度や、日常生活への支障について具体的に記入してください。

8　本診断書には、障害の状態に該当するに至った年月日及び予防接種を受けたことにより障害の状態となったことを証明することができる書類（診療録、検査結果報告書、検査データ等）を添付してください。

9　記入いただいた内容について、後日問い合わせをする可能性がありますのでご協力お願いします。