

病歴・就労状況等申立書

No. 1 - 1 枚中

(請求する病気やけがが複数ある場合は、それぞれ用紙を分けて記入してください。)

病歴状況	傷病名	糖尿病性腎症	
発病日	平成 22 年 6 月 頃 日	初診日	平成 22 年 6 月 頃 日
<p>記入する前にお読みください。</p> <p>○ 次の欄には障害の原因となった病気やけがについて、発病したときから現在までの経過を年月順に期間をあげずに記入してください。</p> <p>○ 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>○ 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>○ 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>○ 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	<p>平成 22 年 6 月 1 日から 平成 22 年 8 月 31 日まで</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p> <p>A内科</p>	<p>発病した時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）</p> <p>勤務先の定期健康診断にて血糖値の高値を指摘され、A内科を受診する。自覚症状はなかったものの、血液検査等の結果から糖尿病と診断を受け投薬での治療を開始する。</p>	
2	<p>平成 22 年 9 月 1 日から 平成 27 年 8 月 31 日まで</p> <p><input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>A内科を数回受診をし投薬を受けたが自覚症状が乏しかったことから自己判断にて通院を中断する。喉の渇きや倦怠感などの症状を感じてはいたがいずれも軽度であったため、市販のサプリメントや栄養剤などを服用し対処していた。就労もフルタイムにて継続をしていたが、特に夕方以降は疲労感が強くなっていた。</p>	
3	<p>平成 27 年 9 月 1 日から 令和 2 年 8 月 31 日まで</p> <p><input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>引き続き自己判断にて通院は中断していた。常に喉の渇きや倦怠感があり就労中・就労後とも疲弊するようになっていたため、休みの日には一日横になって過ごすなど、体力の低下を自覚していた。</p>	
4	<p>令和 2 年 9 月 1 日から 令和 7 年 8 月 31 日まで</p> <p><input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>引き続き強い倦怠感やのどの渇き等の症状があり、頻尿の症状から夜間の睡眠にも影響がでていた。足の浮腫がひどくなり、階段の上り下りでも息切れが激しくなるなど、日常生活にも支障がでていた。</p>	
5	<p>令和 7 年 9 月 1 日から 年 現在 月 日まで</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない</p> <p>医療機関名</p> <p>B病院</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>症状を強く感じていたため令和7年9月1日にB病院を受診する。腎不全と診断を受け治療を開始したが、令和8年1月より週3回の血液透析を開始する。仕事は透析の日は早退を認めてもらい、立ち仕事や運動量の多い仕事は免除していただき、事務作業のみ担当している。透析を受けた後は激しい倦怠感のため、帰宅後も身の回りのことができず、翌日まで横になって過ごしているため、同居の家族から支援を受けるようになっている。</p>	

※裏面（署名欄）も記入してください。

就労・日常生活状況	1. 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. 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. 障害認定日（ 昭和・ 平成・ 令和 年 月 日）頃の状況を記入してください。

就労状況	就労していた場合	職種（仕事の内容）を記入してください。	
		通勤方法を記入してください。	通勤方法 通勤時間（片道） 時間 分
		出勤日数を記入してください。	障害認定日の前月 日 障害認定日の前々月 日
		工作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。	
	就労していません	仕事をしていた（休職していた）理由にすべてチェックしてください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。	<input type="checkbox"/> ア 体力に自信がなかったから <input type="checkbox"/> イ 医師から働くことを止められていたから <input type="checkbox"/> ウ 働く意欲がなかったから <input type="checkbox"/> エ 働きたかったが適切な職場がなかったから <input type="checkbox"/> オ その他（理由 ）
日常生活状況	日常生活の制限について、該当する番号にチェックしてください。		
	<input type="checkbox"/> 1 → 自発的にできた <input type="checkbox"/> 2 → 自発的にできたが援助が必要だった <input type="checkbox"/> 3 → 自発的にできないが援助があればできた <input type="checkbox"/> 4 → できなかった		着替え(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 洗面(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) トイレ(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 入浴(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 食事(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 散歩(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 炊事(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 洗濯(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 掃除(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 買物(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4)
	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. 現在（請求日頃）の状況を記入してください。

就労状況	就労している場合	職種（仕事の内容）を記入してください。	事務
		通勤方法を記入してください。	通勤方法 通勤時間（片道） 時間 30 分
		出勤日数を記入してください。	請求日の前月 20 日 請求日の前々月 21 日
		工作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。	就労中はこまめに休憩をとっているが、それでも強く疲弊している。
	就労していません	仕事をしていない（休職している）理由にすべてチェックしてください。 なお、オを選んだ場合は、具体的な理由を（ ）内に記入してください。	<input type="checkbox"/> ア 体力に自信がないから <input type="checkbox"/> イ 医師から働くことを止められているから <input type="checkbox"/> ウ 働く意欲がないから <input type="checkbox"/> エ 働きたいが適切な職場がないから <input type="checkbox"/> オ その他（理由 ）
日常生活状況	日常生活の制限について、該当する番号にチェックしてください。		
	<input type="checkbox"/> 1 → 自発的にできる <input type="checkbox"/> 2 → 自発的にできるが援助が必要である <input type="checkbox"/> 3 → 自発的にできないが援助があればできる <input type="checkbox"/> 4 → できない		着替え(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 洗面(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) トイレ(<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 入浴(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 食事(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 散歩(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4) 炊事(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 洗濯(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 掃除(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4) 買物(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4)
	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。		日常生活においても家族からの援助なしにこなすことができていない。
障害者手帳	障害者手帳の交付を受けていますか。		<input type="checkbox"/> 1 受けている <input type="checkbox"/> 2 受けていない <input checked="" type="checkbox"/> 3 申請中
	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。		<input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他・（ ） 年 月 日（ 級 ） ① 障害名（ ）
	※ 略字の意味 身→ 身体障害者手帳 療→ 療育手帳 精→ 精神障害者保健福祉手帳 他→ その他の手帳		<input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他・（ ） 元号を選んでください 年 月 日（ 級 ） ② 障害名（ ）

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

令和 7 年 2 月 1 日

請求者 現住所 東京都年金区年金1-2-3

氏名

氏名 佐藤 健

代筆者 請求者からみた続柄（ ）

電話番号 000 - 1111 - 2222

電話番号 - -