

# 病歴・就労状況等申立書

No. 1 - 2 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	知的障害
発病日	平成 12 年 10 月 15 日	初診日 平成 12 年 10 月 15 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け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	平成 12 年 10 月 15 日から 平成 17 年 10 月 14 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	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）  出生時は正常分娩であったが、発語や歩行などは遅れが見られ、3歳児健診の際にも発達の遅れを指摘されたため療育センターにて検査を受け、療育手帳を取得する。その後幼稚園に入学したが、着替え排泄なども自力で行うことができず常に個別支援を受けていた。
2	平成 17 年 10 月 15 日から 平成 22 年 10 月 14 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況  小学校は特別支援学校に入学する。国語や算数などの学習面では、ごく簡単な平仮名の読み書きや一桁の計算に留まり、概念的な理解が困難であった。日常生活においても、身の回りの整理整頓、清掃、給食の準備などは教諭の具体的な指示と見守りなしには遂行できなかった。放課後や家庭内では、危険予測が困難なため一人で外出させることはできず、常に母親が付き添っていた。金銭の概念も乏しく、一人で買い物をするのは困難だった。
3	平成 22 年 10 月 15 日から 平成 27 年 10 月 14 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況  中学校も特別支援学校へ進学をする。学習面では個別の支援があっても理解をすることができず、先生からの支援は必須となっていた。クラスメイトとはうまく自分の考えを言葉にすることができず、癇癪を起こしてしまう事が増えていた。日常生活については、季節に合わせた衣服の選択や、汚れに合わせた入念な洗身などは自力で判断できず、常に母親の確認と促しを要していた。
4	平成 27 年 10 月 15 日から 令和 2 年 10 月 14 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況  高等部（特別支援学校）進学後は、将来の自立に向けた「作業学習」に取り組んだが、複雑な工程や複数の指示を同時に記憶することが困難であった。通知表（別添資料2）の記載にある通り、「集中力が持続せず、教諭が常に傍で声をかけないと作業が止まってしまう」「手先の巧緻性が低く、精密な作業には全面的な補助が必要」という状態であった。高校卒業後は就労継続支援B型事業所へ通う事となった。
5	令和 2 年 10 月 15 日から 令和 6 年 12 月 1 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input checked="" type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況  就労継続支援B型事業所へは当初電車での通勤を予定していたが、乗り換えや予期せぬトラブルに対応できず、家族が送迎を行っている。業務については単純作業のみに従事しているが、それでも支援員さんの確認や補助が必要となり、常に支援を受けている。

※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 2年10月15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。 軽作業（就労継続支援B型事業所）
		通勤方法を記入してください。 通勤方法 車（家族の送迎） 通勤時間（片道） 時間 20分
		出勤日数を記入してください。 障害認定日の前月 16日 障害認定日の前々月 17日
		就労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、就労後とも疲弊している。
	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 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 type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4) 洗濯( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4) 掃除( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4) 買物( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" 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。	自ら判断して動くことができないため常に家族からの指示や見守りが必要となっている。

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。 軽作業（就労継続支援B型事業所）
		通勤方法を記入してください。 通勤方法 車（家族の送迎） 通勤時間（片道） 時間 20分
		出勤日数を記入してください。 請求日の前月 17日 請求日の前々月 18日
		就労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、就労後とも疲弊している。
	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 type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4) 洗濯( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4) 掃除( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4) 買物( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" 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。	自ら判断して動くことができないため常に家族からの指示や見守りが必要となっている。
障害者手帳	障害者手帳の交付を受けていますか。	<input checked="" type="checkbox"/> 1 受けている <input type="checkbox"/> 2 受けていない <input 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。	① <input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 精・ <input checked="" type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他・（ ） 平成 15年 1月 1日（ B1 級） 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	② <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） 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 高橋 花子

氏名 高橋 健太

代筆者 請求者からみた続柄（ 母 ）

電話番号 000 - 1111 - 2222

電話番号 000 - 1111 - 2222

# 病歴・就労状況等申立書(続紙)

No. 2 - 2 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	知的障害
<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、<u>現在までの経過</u>を年月順に期間をあけずに記入し、左側の空欄に通番を記入してください。</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>○ 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、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>		
6	<p>令和 6 年 12 月 2 日から 現在 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  A病院</p>	<p>左の期間の状況</p> <p>令和6年12月2日にA病院を受診する。就労については引き続きB型事業所にて常にマンツーマンでの支援を受けているが、集中力が散漫となりミスの指摘を受けた際には感情をコントロールできなくなっている。また、現在も家族に送迎をしてもらっている。日常生活については一人で食事や入浴の準備をすることができないため、家族が準備をし声掛けを行っている。また、病院受診や公的手続きの際には指示の理解や状況の説明を行うことができず、家族や支援者の同行が必須となっている。20歳当時から現在に至るまで、第三者の日常的な援助なしには自立した生活を営むことは全く不可能な状態が継続している。</p>
7	<p>元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで</p> <p><input 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>左の期間の状況</p>
8	<p>元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで</p> <p><input 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>左の期間の状況</p>
9	<p>元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで</p> <p><input 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>左の期間の状況</p>
10	<p>元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで</p> <p><input 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>左の期間の状況</p>

※裏面も記入してください。

1 1	元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況
1 2	元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況
1 3	元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況
1 4	元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況
1 5	元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況
	元号を選んでください 年 月 日から 元号を選んでください 年 月 日まで <input type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名	左の期間の状況

上記のとおり相違ないことを申し立てます。

令和 8 年 2 月 1 日

請求者 現住所 東京都東京区1-2-3

代筆者 氏名 高橋 花子  
 請求者からみた続柄 ( 母 )  
 電話番号 000 - 1111 - 2222

氏名 高橋 健太  
 電話番号 000 - 1111 - 2222