

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	うつ病	
発病日	令和 5 年 5 月 頃 日	初診日	令和 5 年 5 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	令和 5 年 5 月 1 日から 令和 5 年 5 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） 令和5年5月ごろより精神的なストレスを感じはじめ、吐き気などの症状が発現していた。	
2	令和 5 年 5 月 15 日から 元号を選んでください 年 現在 月 日まで <input checked="" type="checkbox"/> 受診した ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 医療機関名 A病院	左の期間の状況 令和5年5月15日にA病院を受診する。受診を継続していたが業務の遂行が困難となり令和6年2月1日より休職となる。同年8月に一時復職を試みたが、集中力・持続力が著しく欠如しており、軽作業すら遂行不能で即座に中断となり、現在まで休職状態となっている。日常生活でも食事や入浴は家族からの促しやサポートがないと行うことができず、同居の家族から全面的な支援を受けている。	
3	令和 5 年 5 月 15 日から 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	
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	
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	

※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 6年11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。	
		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
		仕事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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> オ その他（理由 業務の遂行が困難なため ）
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 1 → 自発的にできた 2 → 自発的にできたが援助が必要だった 3 → 自発的にできないが援助があればできた 4 → できなかった </div>	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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 3 <input 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。	日常生活においても常に家族からのサポートを受けている。

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。	
		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。	請求日の前月 日 請求日の前々月 日
		仕事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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> オ その他（理由 業務の遂行が困難なため ）
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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 1 → 自発的にできる 2 → 自発的にできるが援助が必要である 3 → 自発的にできないが援助があればできる 4 → できない </div>	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 checked="" 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 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 checked="" type="checkbox"/> 3 <input 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。	日常生活においても常に家族からのサポートを受けている。
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。 ※ 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 checked="" type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他・（ ） 令和 7年1月1日（3級） 障害名（ ） <hr/> <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

氏名 田中 一郎

代筆者 請求者からみた続柄（ ）

電話番号 000 - 1111 - 2222

電話番号 - -