

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事
江澤 和彦
(公印省略)

国民年金・厚生年金保険障害認定基準の改正等に伴う診断書様式の改正について

国民年金・厚生年金保険障害認定基準（肢体の障害関係の測定方法）の一部改正につきましては、令和 4 年 3 月 31 日付（健Ⅱ639）の文書にて貴会宛ご連絡申し上げたところです。

今般、当該認定基準の一部改正に伴う診断書様式「肢体の障害用」の改正、併せて「眼の障害用」、「精神の障害用」の所要の改正について、厚生労働省年金局より日本年金機構宛に別添の通知が発出され、本会へも周知方依頼がありました。

改正箇所は以下の通りとなっており、いずれも施行日は令和 4 年 7 月 1 日です。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただくとともに、貴会管内郡市区医師会及び関係医療機関への周知方につきましてご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

なお、当分の間は、旧様式による診断書も使用可能でありますことを申し添えます。

【肢体の障害用】

⑮欄

- ・「中手（足）指節間関節（MP）」→「中手（足）指節関節（MP）」に修正

記入上の注意

- ・ 4（2）「日本足の外科学会」を追加
- ・（関節可動域測定参考図）を全面差し替え

【眼の障害用】

⑩欄

- ・（2）視野（）内注意書きのうち、ゴールドマン型視野計を用いた場合についての記載を修正

【精神の障害用】

診断書裏面 「キ 福祉サービスの利用状況」欄

- ・「障害者自立支援法」→「障害者総合支援法」に修正
- ・法令の規定に基づき「共同生活介護」を削除
- ・法令の規定に基づき「在宅介護」→「居宅介護」に変更

令和4年4月21日

公益社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省年金局
事業管理課給付事業室

「国民年金・厚生年金保険障害認定基準の参考資料の差替え等に伴う
診断書様式の改正について」の周知依頼について

時下、貴会におかれましては益々御清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より障害年金をはじめ社会保険制度の運営に御理解、御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、障害年金に係る障害の程度の認定につきましては、国民年金・厚生年金保険障害認定基準により行っており、参考資料として掲載している「関節可動域表示ならびに測定法（平成7年2月改訂）」の改訂に伴う障害認定基準の一部差替えにつきましては、以前ご連絡差し上げているところですが、この差替え等に伴い、診断書様式について別紙のとおり改正することといたしました。

つきましては、当該内容につきましては、診断書を作成していただく貴会会員や医療機関の皆様に対して、ホームページや広報誌の掲載等により広く周知していただきますようお願い申し上げます。

年管管発 0420 第 2 号
令和 4 年 4 月 20 日

日本年金機構年金給付事業部門担当理事 殿

厚生労働省年金局事業管理課長
(公 印 省 略)

国民年金・厚生年金保険障害認定基準の参考資料の差替え等に伴う
診断書様式の改正について

「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」(昭和 61 年 3 月 31 日付け序保発第 15 号。以下「障害認定基準」という。)のうち、「関節可動域表示ならびに測定法」(平成 7 年 2 月改訂)が令和 4 年 4 月 1 日に改訂されたことに伴う障害認定基準の差替え等については、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準の参考資料の差替え等について」(令和 4 年 3 月 24 日付け事務連絡)で連絡したところであるが、診断書様式についてこれに伴うもの及び所要の改正を行うため、診断書様式(肢体の障害用)を別添 1、診断書様式(眼の障害用)を別添 2、診断書様式(精神の障害用)を別添 3 のとおりそれぞれ改正し、令和 4 年 7 月 1 日(以下「施行日」という。)から施行することとしたので通知する。

障害状態確認届用診断書様式については、今回の改正を踏まえ、同内容の変更を行われない。

なお、施行日前の旧様式による診断書様式については、当分の間、同日以降も使用することが可能であることを申し添える。

⑧

国民年金
厚生年金保険

診断書

(肢体の障害用)

(フリガナ) 氏名		生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日生(歳)		性別		男・女					
住所		住所地の郵便番号		都道府県		都市区									
① 障害の原因 となった 傷病名				② 傷病の発生年月日		昭和 平成 令和		年 月 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				初診年月日(昭和・平成・令和 年 月 日)		⑤ 既存 障害		⑥ 既往症							
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 令和		年 月 日		確 認 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・令和 年 月 日)															
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								診療 回数		年 間 回 月 平均 回					
⑩ 計 測 (平成・令和 年 月 日計測)		身長		c m		血 圧		最高		mmHg					
		体重		k g				最低		mmHg					
障 害 の 状 態 (平成・令和 年 月 日現症)															
(お願い)障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。	⑪ 切 断 又は 離 断 ・ 変 形 ・ 麻 痺		右		左		右		左						
	切断又は離断日		平成・令和 年 月 日		切断		× 変形		■ 感覚麻痺		▨ 運動麻痺				
	創面治ゆ日		平成・令和 年 月 日												
	切断又は離断の場合の 神経・運動障害		断端の痛み		有 ・ 無		すぐ上の関節の異常		有 ・ 無		(有の場合は⑩欄に記入してください。)				
	外 観		弛緩性		・ 痙直性		・ 不随意運動性		・ 失調性		・ 強剛性		・ しんせん性		
	起 因 部 位		脳性		・ 脊髄性		・ 末梢神経性		・ 筋性		・ その他 ((心因性のもと思われる場合は、 その旨を右に記入してください。))				
	種 類 及 び そ の 程 度		感覚麻痺 (脱失 ・ 鈍麻 ・ 過敏 ・ 異常)		運動麻痺										
	反 射		右		左		上 肢		下 肢		ハビンスキ-反射		その他の病的反射		
	そ の 他		排尿障害		有 ・ 無		排便障害		有 ・ 無		褥創又はその痕跡		有 ・ 無		
	⑫ 脊 柱 の 障 害		脊 柱 の 他 動 可 動 域		随伴する脊髄・根症状などの臨床症状										
		部 位		前 屈		後 屈		右側屈		左側屈		右回旋		左回旋	
		頸 部													
		胸腰部													
⑬ 人工骨頭・人工関節の装着の状態		部 位		⑭ 握 力											
		手 術 日		平成 ・ 令和 年 月 日		右		左		kg		kg			
⑮ 手(足)指関節		部 位		母 指		示 指		中 指		環 指		小 指			
				屈 曲		伸 展		屈 曲		伸 展		屈 曲		伸 展	
		中手(足)指関節(MP)		右											
				左											
		近位指関節間関節(PPIP)		右											
				左											
		(母指では指節間関節)													

一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。

(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。)

(お願い) 関節可動域は、健側についても記入してください。

障 害 の 状 態 (平成・令和 年 月 日 現症)																	
部 位	運 動 の 種 類	右						左									
		関節可動域 (角度)		筋 力				関節可動域 (角度)		筋 力							
		強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失	強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失		
⑥ 関節可動域及び筋力	肩 関 節	屈 曲															
		伸 展															
	肘 関 節	内 転															
		外 転															
	前 腕	屈 曲															
		伸 展															
	手 関 節	回 内															
		回 外															
股 関 節	背 屈																
	掌 屈																
	屈 曲																
	伸 展																
膝 関 節	内 転																
	外 転																
足 関 節	屈 曲																
	伸 展																
背 底	屈 曲																
	伸 展																
⑦ 四肢長及び四肢圍	右						左										
	上肢長	上腕圍	前腕圍	下肢長	大腿圍	下腿圍	上肢長	上腕圍	前腕圍	下肢長	大腿圍	下腿圍					
	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm					
⑧ 日常生活における動作の障害の程度	<b style="color: red;">補助用具を使用しない状態で判断してください。																
	日常生活における動作						右	左	日常生活における動作								
	a	つ	ま	む	(新聞紙が引き抜けない程度)					m	片足で立つ						
	b	握	る (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)					n	座る [正座、横すわり、あぐら、脚なげだし] (このような姿勢を継続する)								
	c	タオルを絞る (水をきれる程度)			両手					o 深くおじぎ (最敬礼) をする							
	d	ひもを結ぶ			両手					p	歩く (屋内)						
	e	さじで食事をする								q	歩く (屋外)						
	f	顔を洗う (顔に手のひらをつける)								r	立ち上がる						
	g	用便の処置をする (スポンの前のところに手をやる)								ア	支持なし でできる	イ	支持があれば できるがやや不自由	ウ	支持があれば できるが非常に不自由	エ	支持があっ て できない
	h	用便の処置をする (尻のところに手をやる)								ア	手すりなし でできる	イ	手すりがあれば できるがやや不自由	ウ	手すりがあれば できるが非常に不自由	エ	手すりがあっ て できない
i	上衣の着脱 (かぶりシャツを着て脱ぐ)			両手					s	階段を上る							
j	上衣の着脱 (ワイシャツを着てボタンをとめる)			両手					ア	手すりなし でできる	イ	手すりがあれば できるがやや不自由	ウ	手すりがあれば できるが非常に不自由	エ	手すりがあっ て できない	
k	ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)			両手					t	階段を下りる							
l	靴下を履く (どのような姿勢でもよい)			両手					ア	手すりなし でできる	イ	手すりがあれば できるがやや不自由	ウ	手すりがあれば できるが非常に不自由	エ	手すりがあっ て できない	
平衡機能	1 閉眼での起立・立位保持の状態		2 開眼での直線の10m歩行の状態									3 自覚症状・他覚所見及び検査所見					
	ア	可能である。		ア まっすぐ歩き通す。													
イ	不安定である。		イ 多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうにか歩き通す。														
ウ	不可能である。		ウ 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。														
⑨ 補助用具状況	該当する数を○で囲み、右のア・イいずれかの使用状況を選び、〔 〕内に記載してください。											使用状況を詳しく記入してください。					
	1	〔 〕 上肢補装具		2	〔 〕 下肢補装具 (左 ・ 右)												
3	〔 〕 杖 ()		4	〔 〕 松葉杖 (左 ・ 右)													
5	〔 〕 車椅子		6	〔 〕 歩行車													
7	〔 〕 その他 (具体的に)																
8	補助用具は使用していない																
⑩ その他の精神・身体の障害の状態																	
⑪ 現時時の日常生活 活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)		(補助用具を使用しない状態で判断してください。)															
⑫ 予 後 (必ず記入してください。)																	
⑬ 備 考																	

股関節屈曲値は次のどちらですか。
1 膝屈曲位
2 膝伸展位

上記のとおり、診断します。 年 月 日
 病院又は診療所の名称 診療担当科名
 所 在 地 医師氏名

記入上の注意

1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

〔 また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕

2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。

4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

(2) ⑫の欄の「脊柱の他動可動域」、⑮の欄の「手(足)指関節の他動可動域」及び⑯の欄の「関節可動域」の測定は、日本整形外科学会、日本足の外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた方法によってください。

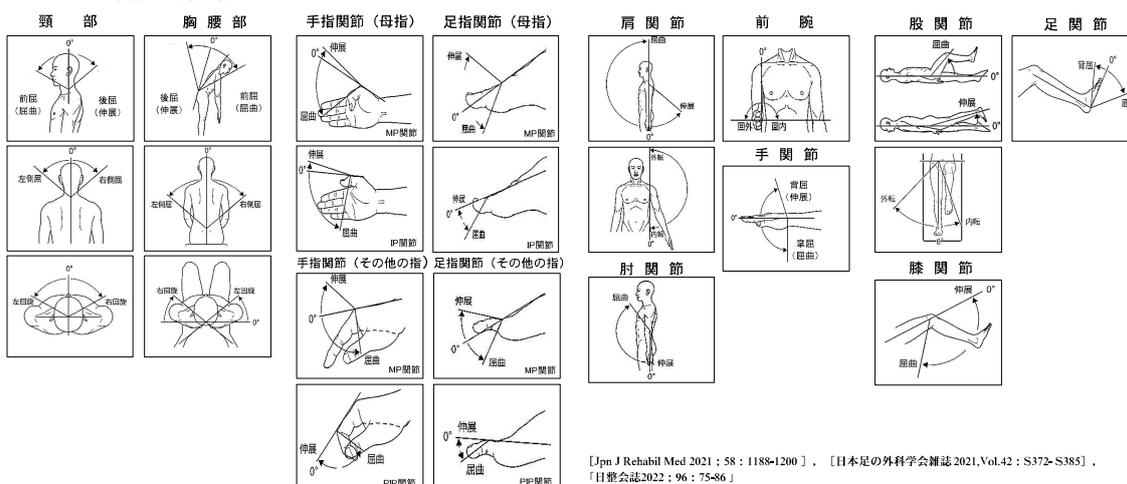
(3) ⑯の欄の「筋力」の程度を表す具体的な「程度」は、次のとおりです。

- 正 常・・・検者が手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合
- やや減・・・検者が手をかけた程度の抵抗を排して自動可能な場合
- 半 減・・・検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合
- 著 減・・・自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような肢位では自動可能な場合
- 消 失・・・いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合

(4) ⑰の欄の上肢長は、肩峰尖端より橈骨茎状突起尖端まで、下肢長は上前腸骨棘尖端より脛骨内果尖端までの距離を測ってください。また、上腕囲、前腕囲、下腿囲はその最大周囲径を、大腿囲は膝蓋上縁上10センチメートルの周囲径を測ってください。

(5) 脳血管障害などにより言語障害がある場合は、⑳の欄に会話状態などを記入してください。

(関節可動域測定参考図)



5 診断書の記載要領を日本年金機構のホームページに掲載していますのでご参照ください。また、日本年金機構のホームページに掲載しているExcel形式の診断書様式を使用していただくこともできます。



(フリガナ) 氏名		生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日生(歳)	性別	男・女																																		
住所		住所地の郵便番号		都道府県		市区																																					
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	診本(療人年) 録(申月) で(認日)																																			
④ 傷病の原因又は誘因		⑤ 既存障害		昭和 平成 令和	年	月	日	診本(療人年) 録(申月) で(認日)																																			
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・令和	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・令和 年 月 日)		⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項		診療回数	年間	回、	月平均	回																																			
				手術歴	部位	左・右		眼球摘出・その他の手術																																			
					手術名()			手術年月日(年 月 日)																																			
⑩ 障害の状況 (平成・令和 年 月 日現症)																																											
(1) 視力					(3) 所見																																						
<table border="1"> <tr> <th>裸眼</th> <th colspan="4">矯正視力</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>○</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>○</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> </tr> </table>					裸眼	矯正視力				右	×	D	○	cyl	D	Ax	°	左	×	D	○	cyl	D	Ax	°	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>前眼部所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底所見</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							右	左	前眼部所見			中間透光体所見			眼底所見		
裸眼	矯正視力																																										
右	×	D	○	cyl	D	Ax	°																																				
左	×	D	○	cyl	D	Ax	°																																				
	右	左																																									
前眼部所見																																											
中間透光体所見																																											
眼底所見																																											
(2) 視野 ※ 視野図のコピーを添付してください。					(4) その他の障害 (その程度・症状・治療経過等を記載してください。)																																						
<p>・ゴールドマン型視野計を用いた場合は、どのインプタが1/4の視標によるものか、1/2の視標によるものかを明確に区別できるように記載した視野図を添付してください。</p> <p>・自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。</p>					<p>該当するもののローマ数字を○で囲んでください。</p> <p>I 調節機能 / II 輻輳機能 / III 瞳孔</p> <p>IV まぶたの欠損 / V まぶたの運動 / VI 眼球の運動</p>																																						
ア. ゴールドマン型視野計																																											
(ア) 周辺視野の評価(1/4)																																											
① 周辺視野の角度																																											
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> </tr> </table>						上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右											左																
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																	
右																																											
左																																											
② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい・いいえ)																																											
(イ) 中心視野の評価(1/2)																																											
中心視野の角度																																											
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>b</td> <td></td> </tr> </table>						上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右									a		左									b							
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																	
右									a																																		
左									b																																		
(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)																																											
両眼中心視野角度(1/2) () × 3 + () / 4 = () 度																																											
イ. 自動視野計																																											
(ア) 周辺視野の評価																																											
両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 () 点																																											
(イ) 中心視野の評価(10-2プログラム)																																											
<table border="1"> <tr> <th>右</th> <th>点(≥26dB)</th> </tr> <tr> <td>c</td> <td></td> </tr> <tr> <th>左</th> <th>点(≥26dB)</th> </tr> <tr> <td>d</td> <td></td> </tr> </table>					右	点(≥26dB)	c		左	点(≥26dB)	d		(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)																														
右	点(≥26dB)																																										
c																																											
左	点(≥26dB)																																										
d																																											
両眼中心視野視認点数 () × 3 + () / 4 = () 点																																											
⑪ 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。)																																											
⑫ 予後 (必ず記入してください。)					⑬ 備考																																						

「診療録で確認」または「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。

（お願い） 障害の状態は、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。)

上記のとおり、診断します。 年 月 日
病院又は診療所の名称 診療担当科名
所在地 医師氏名

記入上の注意

1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

〔 また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等について、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕

2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。（なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。）

4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

(2) ⑩の欄の「(1) 視力」の測定結果は、過去3か月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。

5 ⑩の欄の(1)視力の「矯正視力」の欄は、最良視力が得られる矯正レンズによって得られた視力を記入してください。

なお、眼内レンズ挿入眼は裸眼と同様に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を測定してください。

6 視野は、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いて測定してください。

ゴールドマン型視野計を用いる場合、中心視野の測定にはI/2の視標を用い、周辺視野の測定にはI/4の視標を用いてください。

自動視野計を用いる場合、両眼開放視認点数は視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで測定し、両眼中心視野視認点数は視標サイズⅢによる10-2プログラムで測定してください。

7 ⑩の欄の(2)ア(ア)①「周辺視野の角度」は、I/4の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度（I/4の視標が視認できない部分を除いて算出）を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。

8 ⑩の欄の(2)ア(イ)「中心視野の角度」はI/2の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度（I/2の視標が視認できない部分を除いて算出）を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。

9 診断書の記載要領を日本年金機構のホームページに掲載していますのでご参照ください。

また、日本年金機構のホームページに掲載しているExcel形式の診断書様式を使用いただくこともできます。

日本年金機構 診断書

検索

(フリガナ) 氏名		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生(歳)	性別	男・女
住所		住所地の郵便番号		都道府県		市区		
① 障害の原因となつた傷病名	ICD-10コード()	② 傷病の発生日	昭和 平成 令和	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)	本人の発病 時の職業
		③ ①のため初めて医師 の診療を受けた日	昭和 平成 令和	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)	④ 既存障害
⑥ 傷病が治つた(症状が固定した状態を含む。)かどうか。	平成 令和	年	月	日	確認 推定	症状のよくなる見込… 有・無・不明	⑤ 既往症	
⑦	陳述者の氏名		請求人との続柄		聴取年月日			年 月 日
発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、就学・就労状況等、期間、その他参考となる事項								
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 令和 年 月 日)								
⑨ これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴及びこれまでの職歴をできるだけ詳しく記入してください。)	ア 発育・養育歴			イ 教育歴			ウ 職歴	
	乳児期 不就学・就学猶予 小学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 中学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 高校(普通学級・特別支援学校) その他							
エ 治療歴(書ききれない場合は⑩「備考」欄に記入してください。)(※ 同一医療機関の入院・外来は分けて記入してください。)								
医療機関名		治療期間		入院・外来		病名		主な療法
		年 月 ~ 年 月		入院・外来				
		年 月 ~ 年 月		入院・外来				
		年 月 ~ 年 月		入院・外来				
		年 月 ~ 年 月		入院・外来				
		年 月 ~ 年 月		入院・外来				
⑩ 障害の状態 (平成・令和 年 月 日 現症)								
ア 現在の病状又は状態像(該当のローマ数字、英数字を○で囲んでください。)					イ 左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。			
<p>前回の診断書の記載時との比較 (前回の診断書を作成している場合は記入してください。)</p> <p>1 変化なし 2 改善している 3 悪化している 4 不明</p> <p>I 抑うつ状態 1 思考・運動制止 2 刺激性・興奮 3 憂うつ気分 4 自殺企図 5 希死念慮 6 その他 ()</p> <p>II そう状態 1 行為心迫 2 多弁・多動 3 気分(感情)の異常な高揚・刺激性 4 観念奔逸 5 易怒性・被刺激性亢進 6 誇大妄想 7 その他 ()</p> <p>III 幻覚妄想状態等 1 幻覚 2 妄想 3 させられ体験 4 思考形式の障害 5 著しい奇異な行為 6 その他 ()</p> <p>IV 精神運動興奮状態及び昏迷の状態 1 興奮 2 昏迷 3 拒絶・拒食 4 減衰思考 5 衝動行為 6 自傷 7 無動・無反応 8 その他 ()</p> <p>V 統合失調症等残遺状態 1 自閉 2 感情の平板化 3 意欲の減退 4 その他 ()</p> <p>VI 意識障害・てんかん 1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他 () ・てんかん発作の状態 ※発作のタイプは記入上の注意参照 1 てんかん発作のタイプ (A ・ B ・ C ・ D) 2 てんかん発作の頻度 (年間 回、月平均 回、週平均 回 程度)</p> <p>VII 知能障害等 1 知的障害 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 エ 最重度 2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 エ 最重度 3 高次脳機能障害 ア 失行 イ 失認 ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害 4 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 計算 エ その他 () 5 その他 ()</p> <p>VIII 発達障害関連症状 1 相互的な社会関係の質的障害 2 言語コミュニケーションの障害 3 限定した常同的・反復的な関心と行動 4 その他 ()</p> <p>IX 人格変化 1 欠陥状態 2 無関心 3 無為 4 その他症状等 ()</p> <p>X 乱用、依存等(薬物等名) 1 乱用 2 依存</p> <p>XI その他 []</p>								

診療録で確認または本人の申立てのどちらかきで本人の申立ての場合、それを聴取した年月日を記入してください。

(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。

<p>ウ 日常生活状況</p> <p>1 家庭及び社会生活についての具体的な状況</p> <p>(ア) 現在の生活環境(該当するものを○で囲んでください。)</p> <p>入院 ・ 入所 ・ 在宅 ・ その他() (施設名) 同居者の有無 (有 ・ 無)</p> <p>(イ) 全般的状況(家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。)</p> <p>[]</p> <p>2 日常生活能力の判定(該当するものにチェックしてください。)</p> <p>(判断にあたっては、単身で生活するとしたら可能かどうかで判断してください。)</p> <p>(1) 適切な食事 — 配膳などの準備も含めて適量をバランスよく摂ることがまぼできるなど。 自発的にできるが時 自発的かつ適正に行うこ 助言や指導をしても <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input type="checkbox"/> とはできないが助言や指 <input type="checkbox"/> できない若しくは行 要とする 導があればできる 導がない</p> <p>(2) 身の清潔保持 — 洗面、洗髪、入浴等の身体の衛生保持や着替え等ができる。また、 自室の清掃や片付けができるなど。 自発的にできるが時 自発的かつ適正に行うこ 助言や指導をしても <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input type="checkbox"/> とはできないが助言や指 <input type="checkbox"/> できない若しくは行 要とする 導があればできる 導がない</p> <p>(3) 金銭管理と買い物 — 金銭を独力で適切に管理し、やりくりがまぼできる。また、一人で 買い物が可能であり、計画的な買い物がまぼできるなど。 おおむねできるが時 助言や指導をしても <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input type="checkbox"/> 助言や指導があれば <input type="checkbox"/> できない若しくは行 要とする きる 導がない</p> <p>(4) 通院と服薬(要 ・ 不要) — 定期的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝え ることができるなど。 おおむねできるが時 助言や指導をしても <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input type="checkbox"/> 助言や指導があれば <input type="checkbox"/> できない若しくは行 要とする きる 導がない</p> <p>(5) 他人との意思伝達及び対人関係 — 他人の話を聞く、自分の意思を相手に伝える、集団 的行動が行えるなど。 おおむねできるが時 助言や指導をしても <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input type="checkbox"/> 助言や指導があれば <input type="checkbox"/> できない若しくは行 要とする きる 導がない</p> <p>(6) 身の安全保持及び危機対応 — 事故等の危険から身を守る能力がある、通常と異 なる事態となった時に他人に援助を求めるなどを 含めて、適正に対応することができるなど。 おおむねできるが時 助言や指導をしても <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input type="checkbox"/> 助言や指導があれば <input type="checkbox"/> できない若しくは行 要とする きる 導がない</p> <p>(7) 社会性 — 銀行での金銭の出し入れや公共施設等の利用が一人で可能。また、社会生 活に必要な手続きが行えるなど。 おおむねできるが時 助言や指導をしても <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> には助言や指導を必 <input type="checkbox"/> 助言や指導があれば <input type="checkbox"/> できない若しくは行 要とする きる 導がない</p>	<p>3 日常生活能力の程度(該当するものを○で囲んでください。)</p> <p>※日常生活能力の程度を記載する際には、状態をもっとも適切に 記載できる(精神障害)又は(知的障害)のどちらかを使用してくだ さい。</p> <p>(精神障害)</p> <p>(1) 精神障害(病的体験・残遺症状・認知障害・性格変化等)を認め るが、社会生活は普通にはできる。</p> <p>(2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にはできるが、 社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化し たりすると困難を生じることがある。社会行動や自発的な行動が適切に出来 ないこともある。金銭管理はおおむねできる場合など。)</p> <p>(3) 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時 に応じて援助が必要である。 (たとえば、習慣化した外出はできるが、家事をこなすために助言や指導 を必要とする。社会的な対人交流は乏しく、自発的な行動に困難がある。 金銭管理が困難な場合など。)</p> <p>(4) 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多く の援助が必要である。 (たとえば、著しく適正を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少ない 、あっても発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。金銭管 理ができない場合など。)</p> <p>(5) 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、 常時の援助が必要である。 (たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自発的に することができない。また、在宅の場合に通院等の外出には、付き添いが 必要な場合など。)</p> <p>(知的障害)</p> <p>(1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通にはできる。</p> <p>(2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にはできるが、 社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、簡単な漢字は読み書きができ、会話も意思の疎通が可能で あるが、抽象的なことは難しい。身辺生活も一人でできる程度)</p> <p>(3) 知的障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時 に応じて援助が必要である。 (たとえば、ごく簡単な読み書きや計算はでき、助言などがあれば作業は 可能である。具体的指示であれば理解ができ、身辺生活についてもおお むね一人でできる程度)</p> <p>(4) 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多く の援助が必要である。 (たとえば、簡単な文字や数字は理解でき、保護的環境であれば単純作 業は可能である。習慣化していることであれば言葉での指示を理解し、身 辺生活についても部分的にできる程度)</p> <p>(5) 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、 常時の援助が必要である。 (たとえば、文字や数の理解力がほとんど無く、簡単な手伝いもできない。 言葉による意思の疎通がほとんど不可能であり、身辺生活の処理も一人 ではできない程度)</p>
<p>エ 現症時の就労状況</p> <p>○ 勤務先 ・ 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他()</p> <p>○ 雇用体系 ・ 障害者雇用 ・ 一般雇用 ・ 自営 ・ その他()</p> <p>○ 勤続年数 (年 ヶ月) ○ 仕事の頻度 (週に ・ 月に () 日)</p> <p>○ ひと月の給与 (円程度)</p> <p>○ 仕事の内容</p> <p>○ 職場での援助の状況や意思疎通の状況</p>	<p>オ 身体所見(神経学的な所見を含む。)</p> <p>カ 臨床検査 (心理テスト・認知検査、知能障害の場合は、知能指数、精神年齢を含む。)</p> <p>キ 福祉サービスの利用状況(障害者総合支援法に規定する自立訓練、 共同生活援助、居宅介護、その他障害福祉サービス等)</p>
<p>⑪ 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。)</p>	
<p>⑫ 予 後 (必ず記入してください。)</p>	
<p>⑬ 備 考</p>	

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所 在 地

医師氏名

記入上の注意

- 1 この診断書は、傷病の性質上、原則、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に記入していただくことになっています。ただし、てんかん、知的障害、発達障害、認知症、高次脳機能障害など診療科が多岐に分かれている疾患について、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などを専門とする医師が主治医となっている場合、これらの科の医師であっても、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば記入可能です。
- 2 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となるようとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。
--
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診察している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 4 「障害の状態」欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) 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。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) 現在の症状又は状態像の「前回の診断書の記載時との比較」については、前回の診断書を作成している場合は記入してください。
 - (3) **知能障害の場合は、知能指数（又は精神年齢）と検査日を⑩の欄の「カ 臨床検査」欄に必ず記入してください。**
 - (4) てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。
また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。
A：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
B：意識障害の有無を問わず、転倒する発作
C：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
D：意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- 5 「①障害の原因となった傷病名」欄に神経症圏（ICD-10コードが「F4」）の傷病名を記入した場合で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」または「気分(感情)障害」の病態を示しているときは、「③備考」欄にその旨と、示している病態のICD-10コードを記入してください。
- 6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要になります。
- 7 診断書の記載要領を日本年金機構のホームページに掲載していますのでご参照ください。
また、日本年金機構のホームページに掲載しているExcel形式の診断書様式を使用していただくこともできます。

日本年金機構 診断書

検索

肢

国民年金 断書 (肢体の障害用)

氏名 (フリガナ)		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日生(歳)	性別	男・女	
住所		住所地の郵便番号	都道府県		市区				
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		昭和 平成 令和	年	月	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		⑤ 既存障害		昭和 平成 令和	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)	
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。		⑥ 既往症		初診年月日(昭和・平成・令和 年 月 日)		既往症			
傷病が治っている場合		治った日		平成 令和	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・令和 年 月 日)									
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		診療回数		年間		回			
		月平均		回					
⑩ 計測 (平成・令和 年 月 日計測)		身長		cm		最高		mmHg	
		体重		kg		最低		mmHg	
障害の状態 (平成・令和 年 月 日現症)									
⑪ 切断又は離断・変形・麻痺	切断又は離断日		平成・令和	年	月	日	切断 離断		
	創面治ゆ日		平成・令和	年	月	日	× 変形		
			■ 感覚麻痺		▨ 運動麻痺				
	切断又は離断の場合の神経・運動障害		断端の痛み		有・無		すぐ上の関節の異常		
	外観		弛緩性		痙直性		不随意運動性		
	起因部位		脳性		脊髄性		末梢神経性		
	種類及びその程度		感覚麻痺		(脱失・鈍麻・過敏・異常)		運動麻痺		
	反射		右		左		バビンスキー反射		
	その他		排尿障害		有・無		排便障害		有・無
	⑫ 脊柱の障害		他動可動域		随伴する脊髄・根症状などの臨床症状				
部位		前屈	後屈	右側屈	左側屈	右回旋	左回旋		
頸部									
胸腰部									
⑬ 人工骨頭・人工関節の装着の状態		部位		手術日		平成・令和	年	月	
		手術日		平成・令和		年	月	日	
		握力		右		左			
						kg			
⑮ 手(足)指関節の可動域		部位		母指		示指		中指	
				屈曲		伸展		屈曲	
				伸展		屈曲		伸展	
		中手(足)指節間関節(MP)		右		左			
				右		左			
		近位指節間関節(PIP)		右		左			
		(母指では指節間関節)		右		左			

「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。

(お願い) 障害の状態は、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。)

(お願い) 関節可動域は、健側についても記入してください。

障 害 の 状 態 (平成・令和 年 月 日現症)																			
①⑥	部 位	運 動 の 種 類	右						左										
			関 節 可 動 域 (角 度)			筋 力			関 節 可 動 域 (角 度)			筋 力							
			強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失	強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失			
関 節 可 動 域 及 び 筋 力	肩 関 節	屈 曲																	
		伸 展																	
		内 転																	
	肘 関 節	屈 曲																	
		伸 展																	
	前 腕	回 内																	
		回 外																	
	手 関 節	背 屈																	
		掌 屈																	
股 関 節	屈 曲																		
	伸 展																		
	内 転																		
膝 関 節	屈 曲																		
	伸 展																		
足 関 節	背 屈																		
	底 屈																		
①⑦ 四肢長及び四肢囲			右						左										
			上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲	上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲					
			cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm					
①⑧ 日常生活における動作の障害の程度	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%; color: red; font-weight: bold;">補助器具を使用しない状態で判断してください。</div> <div style="width: 50%; font-size: small;"> 一人ですぐできる場合には・・・「○」 一人でできてもやや不自由な場合には・・・「○△」 一人でできるが非常に不自由な場合には・・・「△×」 一人で全くできない場合には・・・「×」 </div> <div style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: small;"> (該当する記号を下欄に記入してください。) </div> </div>																		
	日常生活における動作				右	左	日常生活における動作				右	左							
	a	つ	ま	む	(新聞紙が引き抜けない程度)			m	片足で立つ										
	b	握		る	(丸めた週刊誌が引き抜けない程度)			n	座る〔正座、横すわり、あぐら、脚なげだし〕										
	c	タオルを絞る			(水をきれ程度)			(このような姿勢を継続する)											
	d	ひもを結ぶ			両手			o	深くおじぎ(最敬礼)をする										
	e	さじで食事をする						p	歩く(屋内)										
	f	顔を洗う			(顔に手のひらをつける)			q	歩く(屋外)										
	g	用便の処置をする			(ズボンの前のところに手をやる)			r	立ち上がる	ア	支持なし	イ	支持があればできるがやや不自由	ウ	支持があればできるが非常に不自由	エ	支持があってもできない		
	h	用便の処置をする			(尻のところに手をやる)														
	i	上衣の着脱			(かぶりシャツを着て脱ぐ)			両手											
	j	上衣の着脱			(ワイシャツを着てボタンをとめる)			両手	s	階段を上る			ア	手すりなし	イ	手すりがあればできるがやや不自由	ウ	手すりがあればできるが非常に不自由	エ
k	ズボンの着脱			(どのような姿勢でもよい)			両手												
l	靴下を履く			(どのような姿勢でもよい)			両手	t	階段を下りる			ア	手すりなし	イ	手すりがあればできるがやや不自由	ウ	手すりがあればできるが非常に不自由	エ	手すりがあってもできない
平 衡 機 能	1 閉眼での起立・立位保持の状態			2 開眼での直線の10m歩行の状態						3 自覚症状・他覚所見及び検査所見									
	ア	可能である。			ア まっすぐ歩き通す。														
	イ	不安定である。			イ 多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうか歩き通す。														
ウ	不可能である。			ウ 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。															
①⑨ 補助用具状況	該当する数字を○で囲み、右のア・イのいずれかの使用状況を選び、〔 〕内に記載してください。											使用状況を詳しく記入してください。							
	1	〔 〕	上肢補装具	2	〔 〕	下肢補装具	(左・右)	〔ア 常時(起床より就寝まで)使用 イ 常時ではないが使用〕											
3	〔 〕	杖	()	4	〔 〕	松葉杖	(左・右)												
5	〔 〕	車椅子	6	〔 〕	歩行車														
7	〔 〕	その他 (具体的に)																	
8	補助用具は使用していない																		
②⑩ その他の精神・身体の障害の状態																			
②⑪	現症時の日常生活活動能力及び労働能力			(補助器具を使用しない状態で判断してください。)															
(必ず記入してください。)																			
②⑫	予 後																		
(必ず記入してください。)																			
②⑬	備 考																		

股関節屈曲値は次のどちらですか。
1 膝屈曲位
2 膝伸展位

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

記入上の注意

1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

〔 また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕

2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。

4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

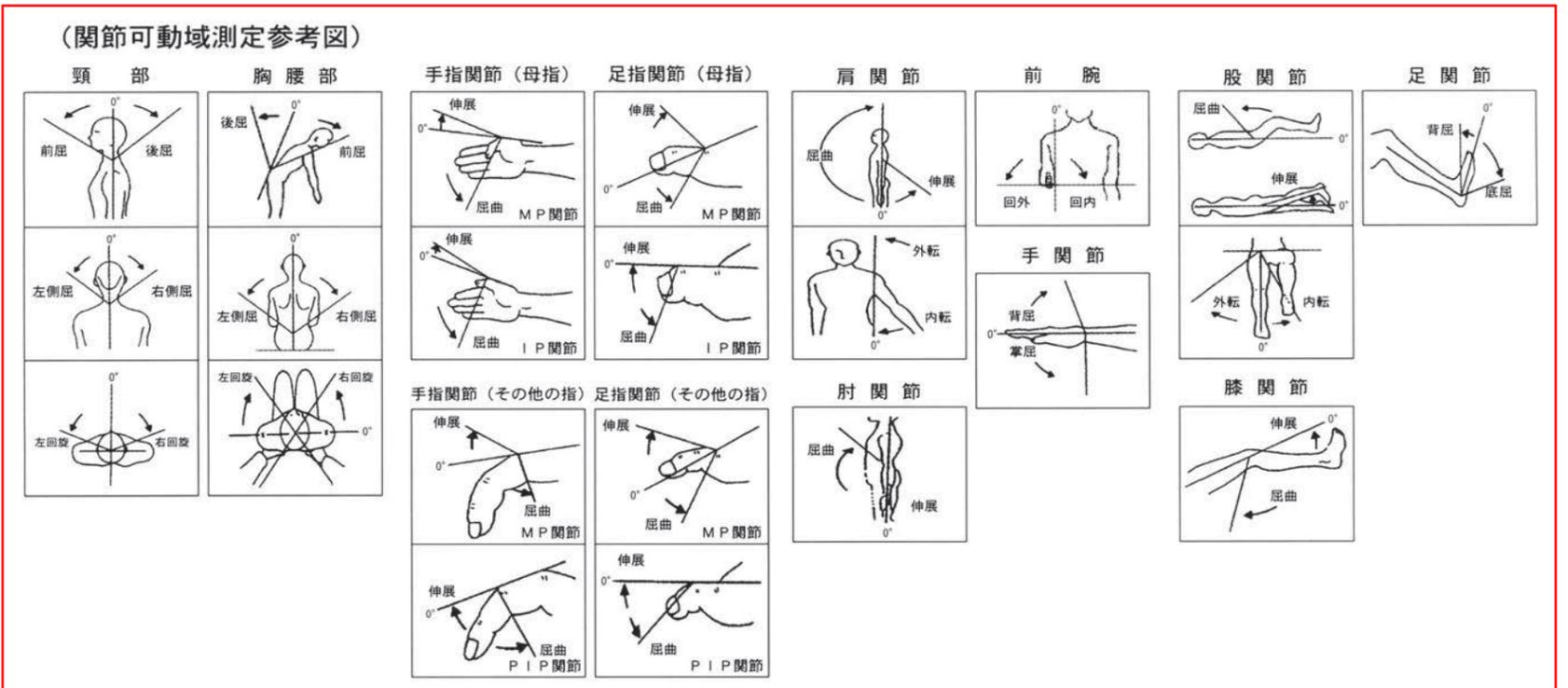
(2) ⑫の欄の「脊柱の他動可動域」、⑮の欄の「手(足)指関節の他動可動域」及び⑯の欄の「関節可動域」の測定は、日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた方法によってください。

(3) ⑯の欄の「筋力」の程度を表す具体的な「程度」は、次のとおりです。

- 正 常・・・検者が手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合
- やや減・・・検者が手をおいた程度の抵抗を排して自動可能な場合
- 半 減・・・検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合
- 著 減・・・自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような肢位では自動可能な場合
- 消 失・・・いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合

(4) ⑰の欄の上肢長は、肩峰尖端より橈骨茎状突起尖端まで、下肢長は上前腸骨棘尖端より脛骨内果尖端までの距離を測ってください。また、上腕囲、前腕囲、下腿囲はその最大周囲径を、大腿囲は膝蓋上縁上10センチメートルの周囲径を測ってください。

(5) 脳血管障害などにより言語障害がある場合は、⑳の欄に会話状態などを記入してください。



5 診断書の記載要領を日本年金機構のホームページに掲載していますのでご参照ください。

また、日本年金機構のホームページに掲載している Excel 形式の診断書様式を使用していただけるともできます。



(改正前)

眼

国民年金
厚生年金保険

診断書

(眼の障害用)

様式第120号の1

(フリガナ)氏名	生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日生(歳)	性別	男・女																																																																								
住所	住所地の郵便番号		都道府県		市区																																																																											
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	診 本 (年 月 日)	療 人 の 申 立 て 認 定 (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 令和	年	月	日	診 本 (年 月 日)	療 人 の 申 立 て 認 定 (年 月 日)																																																																						
④ 傷病の原因又は誘因	初診年月日(昭和・平成・令和 年 月 日)		⑤ 既存障害		⑥ 既往症																																																																											
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・令和	年	月	日																																																																								
	傷病が治っていない場合		症状のよくなる見込		有	・	無	・																																																																								
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・令和 年 月 日)																																																																														
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他の参考となる事項	診療回数		年間		回、	月平均		回																																																																								
	手術歴		部位		左	・	右																																																																									
		眼球摘出		・		その他の手術																																																																										
		手術名(手術年月日(年	月	日)																																																																								
⑩ 障害の状態 (平成・令和 年 月 日現症)																																																																																
(1) 視力				(3) 所見																																																																												
<table border="1"> <tr> <th></th> <th>裸眼</th> <th colspan="7">矯正視力</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>⊖</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>×</td> <td>D</td> <td>⊖</td> <td>cyl</td> <td>D</td> <td>Ax</td> <td>°</td> <td></td> </tr> </table>					裸眼	矯正視力							右	×	D	⊖	cyl	D	Ax	°		左	×	D	⊖	cyl	D	Ax	°		<table border="1"> <tr> <th></th> <th>右</th> <th>左</th> </tr> <tr> <td>前眼部所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>中間透光体所見</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>眼底所見</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						右	左	前眼部所見			中間透光体所見			眼底所見																																			
	裸眼	矯正視力																																																																														
右	×	D	⊖	cyl	D	Ax	°																																																																									
左	×	D	⊖	cyl	D	Ax	°																																																																									
	右	左																																																																														
前眼部所見																																																																																
中間透光体所見																																																																																
眼底所見																																																																																
(2) 視野				(4) その他の障害 (その程度・症状・治療経過等を記載してください。)																																																																												
<p>※ 視野図のコピーを添付してください。</p> <p>・ゴールドマン型視野計を用いた場合は、I/4の視標の視野図のコピー及びI/2の視標の視野図のコピーを添付してください。なお、どのイソプタがI/4の視標やI/2の視標によるものかを明確に区別できるように記載してください。</p> <p>・自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。</p>				<p>該当するもののローマ数字を○で囲んでください。</p> <p>I 調節機能 / II 輻輳機能 / III 瞳孔</p> <p>IV まぶたの欠損 / V まぶたの運動 / VI 眼球の運動</p>																																																																												
<p>ア. ゴールドマン型視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価 (I/4)</p> <p>① 周辺視野の角度</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> </tr> </table> <p>② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい・いいえ)</p> <p>(イ) 中心視野の評価 (I/2)</p> <p>中心視野の角度</p> <table border="1"> <tr> <th></th> <th>上</th> <th>内上</th> <th>内</th> <th>内下</th> <th>下</th> <th>外下</th> <th>外</th> <th>外上</th> <th>合計</th> <th>度</th> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>a</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>b</td> <td></td> </tr> </table> <p>(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)</p> <p>両眼中心視野角度 (I/2) (<input type="text"/> × 3 + <input type="text"/>) / 4 = <input type="text"/> 度</p>					上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右											左												上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度	右									a		左									b		<p>イ. 自動視野計</p> <p>(ア) 周辺視野の評価</p> <p>両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 <input type="text"/> 点</p> <p>(イ) 中心視野の評価 (10-2プログラム)</p> <table border="1"> <tr> <td>右</td> <td>c</td> <td>点 (≥26dB)</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>d</td> <td>点 (≥26dB)</td> </tr> </table> <p>(cとdのうち大きい方) (cとdのうち小さい方)</p> <p>両眼中心視野視認点数 (<input type="text"/> × 3 + <input type="text"/>) / 4 = <input type="text"/> 点</p>					右	c	点 (≥26dB)	左	d	点 (≥26dB)
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																																																						
右																																																																																
左																																																																																
	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	度																																																																						
右									a																																																																							
左									b																																																																							
右	c	点 (≥26dB)																																																																														
左	d	点 (≥26dB)																																																																														
⑪ 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。)				⑬ 備考																																																																												
⑫ 予後 (必ず記入してください。)				⑭ 備考																																																																												

「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。

(お願い) 障害の状態は、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。)

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

記入上の注意

1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日(その期間内に治ったときは、その日)において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表(以下「施行令別表」という。)に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。

2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

3 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)

4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(1) 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がありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。) なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

(2) ⑩の欄の「(1) 視力」の測定結果は、過去3か月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。

5 ⑩の欄の(1)視力の「矯正視力」の欄は、最良視力が得られる矯正レンズによって得られた視力を記入してください。なお、眼内レンズ挿入眼は裸眼と同様に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を測定してください。

6 視野は、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いて測定してください。

ゴールドマン型視野計を用いる場合、中心視野の測定にはⅠ／2の視標を用い、周辺視野の測定にはⅠ／4の視標を用いてください。

自動視野計を用いる場合、両眼開放視認点数は視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで測定し、両眼中心視野視認点数は視標サイズⅢによる10-2プログラムで測定してください。

7 ⑩の欄の(2)ア(ア)①「周辺視野の角度」は、Ⅰ／4の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度(Ⅰ／4の視標が視認できない部分を除いて算出)を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。

8 ⑩の欄の(2)ア(イ)「中心視野の角度」はⅠ／2の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度(Ⅰ／2の視標が視認できない部分を除いて算出)を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。

9 診断書の記載要領を日本年金機構のホームページに掲載していますのでご参照ください。

また、日本年金機構のホームページに掲載しているExcel形式の診断書様式を使用していただくこともできます。

日本年金機構 診断書

検索



(改正前)

精

国民年金
厚生年金保険

診断書 (精神の障害用)

様式第120号の4

氏名 (フリガナ) 氏名		生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日生 (歳)	性別	男・女
住所		住所地の郵便番号		都道府県		市区			
① 障害の原因となった傷病名	ICD-10コード()	② 傷病の発生年月日		昭和 平成 令和	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (年月日)	本人の発病 時の職業
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 平成 令和	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (年月日)	④ 既存障害
⑥ 傷病が治った(症状が固定した状態を含む。)かどうか。		平成 令和	年	月	日	確認 推定	症状のよくなる見込・・・有・無・不明		⑤ 既往症
⑦ 発病から現在までの病歴及び治療の経過、内容、就学・就労状況等、期間、その他参考となる事項		陳述者の氏名		請求人との続柄		聴取年月日 年 月 日			
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 令和 年 月 日									
⑨ これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴及びこれまでの職歴をできるだけ詳しく記入してください。)		ア 発育・養育歴			イ 教育歴 乳児期 不就学・就学猶予 小学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 中学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 高校(普通学級・特別支援学校) その他			ウ 職歴	
エ 治療歴(書ききれない場合は⑬「備考」欄に記入してください。)(※ 同一医療機関の入院・外来は分けて記入してください。)									
医療機関名	治療期間	入院・外来	病名	主な療法			転帰(軽快・悪化・不変)		
	年 月～年 月	入院・外来							
	年 月～年 月	入院・外来							
	年 月～年 月	入院・外来							
	年 月～年 月	入院・外来							
⑩ 障害の状態 (平成・令和 年 月 日 現症)									
ア 現在の病状又は状態像(該当のローマ数字、英数字を○で囲んでください。)					イ 左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。				
<p>前回の診断書の記載時との比較(前回の診断書を作成している場合は記入してください。)</p> <p>1 変化なし 2 改善している 3 悪化している 4 不明</p> <p>I 抑うつ状態</p> <p>1 思考・運動制止 2 刺激性、興奮 3 憂うつ気分</p> <p>4 自殺企図 5 希死念慮</p> <p>6 その他()</p> <p>II そう状態</p> <p>1 行為心迫 2 多弁・多動 3 気分(感情)の異常な高揚・刺激性</p> <p>4 観念奔逸 5 易怒性・被刺激性亢進 6 誇大妄想</p> <p>7 その他()</p> <p>III 幻覚妄想状態等</p> <p>1 幻覚 2 妄想 3 させられ体験 4 思考形式の障害</p> <p>5 著しい奇異な行為 6 その他()</p> <p>IV 精神運動興奮状態及び昏迷の状態</p> <p>1 興奮 2 昏迷 3 拒絶・拒食 4 減裂思考</p> <p>5 衝動行為 6 自傷 7 無動・無反応</p> <p>8 その他()</p> <p>V 統合失調症等残遺状態</p> <p>1 自閉 2 感情の平板化 3 意欲の減退</p> <p>4 その他()</p> <p>VI 意識障害・てんかん</p> <p>1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱</p> <p>5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他()</p> <p>・てんかん発作の状態 ※発作のタイプは記入上の注意参照</p> <p>1 てんかん発作のタイプ (A・B・C・D)</p> <p>2 てんかん発作の頻度(年間 回、月平均 回、週平均 回 程度)</p> <p>VII 知能障害等</p> <p>1 知的障害 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 エ 最重度</p> <p>2 認知症 ア 軽度 イ 中等度 ウ 重度 エ 最重度</p> <p>3 高次脳機能障害</p> <p>ア 失行 イ 失認</p> <p>ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害</p> <p>4 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 計算 エ その他()</p> <p>5 その他()</p> <p>VIII 発達障害関連症状</p> <p>1 相互的な社会関係の質的障害 2 言語コミュニケーションの障害</p> <p>3 限定した常同的で反復的な関心と行動 4 その他()</p> <p>IX 人格変化</p> <p>1 欠陥状態 2 無関心 3 無為</p> <p>4 その他症状等()</p> <p>X 乱用、依存等(薬物等名:)</p> <p>1 乱用 2 依存</p> <p>XI その他 []</p>									

「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。

(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。)

<p>ウ 日常生活状況</p> <p>1 家庭及び社会生活についての具体的な状況 (ア) 現在の生活環境 (該当するものを○で囲んでください。) 入院 ・ 入所 ・ 在宅 ・ その他 () (施設名) 同居者の有無 (有 ・ 無)</p> <p>(イ) 全般的状況 (家族及び家族以外の者との対人関係についても具体的に記入してください。)</p> <p>2 日常生活能力の判定 (該当するものにチェックしてください。) (判断にあたっては、単身で生活するとしたら可能かどうかで判断してください。)</p> <p>(1) 適切な食事— 配膳などの準備も含めて適当量をバランスよく摂ることがほぼできるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが時には助言や指導を必要とする <input type="checkbox"/> 自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない</p> <p>(2) 身の清潔保持— 洗面、洗髪、入浴等の身体の衛生保持や着替え等ができる。また、自室の清掃や片付けができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自発的にできるが時には助言や指導を必要とする <input type="checkbox"/> 自発的かつ適正に行うことはできないが助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない</p> <p>(3) 金銭管理と買い物— 金銭を独力で適切に管理し、やりくりがほぼできる。また、一人で買い物が可能であり、計画的な買い物がほぼできるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない</p> <p>(4) 通院と服薬 (要・不要) — 定期的に通院や服薬を行い、病状等を主治医に伝えることができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない</p> <p>(5) 他人との意思伝達及び対人関係— 他人の話聞く、自分の意思を相手に伝える、集団的行動が行えるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない</p> <p>(6) 身の安全保持及び危機対応— 事故等の危険から身を守る能力がある、通常と異なる事態となった時に他人に援助を求めるとを含めて、適正に対応することができるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない</p> <p>(7) 社会性— 銀行での金銭の出し入れや公共施設等の利用が一人で可能。また、社会生活に必要な手続きが行えるなど。 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> おおむねできるが時には助言や指導を必要とする <input type="checkbox"/> 助言や指導があればできる <input type="checkbox"/> 助言や指導をしてもできない若しくは行わない</p>	<p>3 日常生活能力の程度 (該当するもの一つを○で囲んでください。) ※ 日常生活能力の程度を記載する際には、状態をもっとも適切に記載できる (精神障害) 又は (知的障害) のどちらかを使用してください。</p> <p>(精神障害)</p> <p>(1) 精神障害 (病的体験・残遺症状・認知障害・性格変化等) を認めるが、社会生活は普通にできる。</p> <p>(2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難を生じることがある。社会行動や自発的な行動が適切に出来ないこともある。金銭管理はおおむねできる場合など。)</p> <p>(3) 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、習慣化した外出はできるが、家事をこなすために助言や指導を必要とする。社会的な対人交流は乏しく、自発的な行動に困難がある。金銭管理が困難な場合など。)</p> <p>(4) 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、著しく適正を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少ない、あっても発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。金銭管理ができない場合など。)</p> <p>(5) 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自発的にすることができない。また、在宅の場合に通院等の外出には、付き添いが必要な場合など。)</p> <p>(知的障害)</p> <p>(1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通にできる。</p> <p>(2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には、援助が必要である。 (たとえば、簡単な漢字は読み書きができ、会話も意思の疎通が可能であるが、抽象的なことは難しい。身辺生活も一人でできる程度)</p> <p>(3) 知的障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、ごく簡単な読み書きや計算はでき、助言などがあれば作業は可能である。具体的指示であれば理解ができ、身辺生活についてもおおむね一人でできる程度)</p> <p>(4) 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、簡単な文字や数字は理解でき、保護的環境であれば単純作業は可能である。習慣化していることであれば言葉での指示を理解し、身辺生活についても部分的にできる程度)</p> <p>(5) 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、文字や数の理解力がほとんど無く、簡単な手伝いもできない。言葉による意思の疎通がほとんど不可能であり、身辺生活の処理も一人ではできない程度)</p>
<p>エ 現症時の就労状況</p> <p>○勤務先 ・ 一般企業 ・ 就労支援施設 ・ その他 ()</p> <p>○雇用体系 ・ 障害者雇用 ・ 一般雇用 ・ 自営 ・ その他 ()</p> <p>○勤続年数 (年 ヶ月) ○仕事の頻度 (週に・月に () 日)</p> <p>○ひと月の給与 (円程度)</p> <p>○仕事の内容</p> <p>○仕事場での援助の状況や意思疎通の状況</p>	<p>オ 身体所見 (神経学的な所見を含む。)</p> <p>カ 臨床検査 (心理テスト・認知検査、知能障害の場合は、知能指数、精神年齢を含む。)</p> <p>キ 福祉サービスの利用状況 (障害者自立支援法に規定する自立訓練、共同生活援助、共同生活介護、在宅介護、その他障害福祉サービス等)</p>
<p>⑪ 現症時の日常生活能力及び労働能力 (必ず記入してください。)</p>	
<p>⑫ 予 後 (必ず記入してください。)</p>	
<p>⑬ 備 考</p>	

上記のとおり、診断します。

年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

記入上の注意

- 1 この診断書は、傷病の性質上、原則、精神保健指定医又は精神科を標ぼうする医師に記入していただくことになっています。ただし、てんかん、知的障害、発達障害、認知症、高次脳機能障害など診療科が多岐に分かれている疾患について、小児科、脳神経外科、神経内科、リハビリテーション科、老年科などを専門とする医師が主治医となっている場合、これらの科の医師であっても、精神・神経障害の診断又は治療に従事している医師であれば記入可能です。
- 2 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。
〔また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。〕
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診察している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- 4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - (1) 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がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) 現在の病状又は状態像の「前回の診断書の記載時との比較」については、前回の診断書を作成している場合は記入してください。
 - (3) 知能障害の場合は、知能指数（又は精神年齢）と検査日を⑩の欄の「カ 臨床検査」欄に必ず記入してください。
 - (4) てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。
A：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
B：意識障害の有無を問わず、転倒する発作
C：意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
D：意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- 5 「①障害の原因となった傷病名」欄に神経症圏（ICD-10コードが「F4」）の傷病名を記入した場合で、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」または「気分（感情）障害」の病態を示しているときは、「⑬備考」欄にその旨と、示している病態のICD-10コードを記入してください。
- 6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要になります。
- 7 診断書の記載要領を日本年金機構のホームページに掲載していますのでご参照ください。
また、日本年金機構のホームページに掲載しているExcel形式の診断書様式を使用していただくこともできます。

日本年金機構 診断書 検索

