

# 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	脳幹出血	
発病日	平成 30 年 6 月 30 日	初診日	平成 30 年 6 月 30 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、<u>発病したときから現在までの経過</u>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	平成 30 年 6 月 30 日から 平成 30 年 7 月 27 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総合病院	左の期間の状況  自宅でくつろいでいたときに気を失って倒れてしまった。すぐにA総合病院に緊急搬送された。脳幹出血とのことでICUにて治療が行われた。数日して意識が回復したものの右半身がマヒしてしまい、身体が思うように動かせなくなったし食事を自力でとることができなくなってしまった。院内でリハビリを続けたが、入院の制限期間に達したので別の病院に転院することとなった。	
2	平成 30 年 7 月 28 日から 平成 31 年 2 月 1 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  B病院	左の期間の状況  B病院に入院してリハビリを受けた。左半身のマヒは変化なかったものの、他の障害(嚥下)についてはキザミ食や柔らかい食事ならできるようになった。この間仕事は休職中であった。平成31年になると車椅子を利用しての院内の移動が可能となったが、こども入院日数の制限期間に達したので病院を転院することとなった。	
3	平成 31 年 2 月 2 日から 令和 1 年 4 月 13 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  C病院	左の期間の状況  C病院に入院してリハビリを受けた。ここで精密検査を受けたところ右半身麻痺に加えて他の傷病(左聴覚喪失)もあるとのことだった。ここでもリハビリ日数の制限期間に達したのと、単身者の私は一人暮らしを今後していくことは不可能と姉が判断し、常時受け入れてくれる施設へ移ることとなった。	
4	令和 1 年 4 月 14 日から 令和 3 年 現 月 在 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  Dホスピタル	左の期間の状況  令和元年4月からは那覇市の施設に入所し全介助を受けながら、二カ月にDホスピタルへ姉に送迎してもらい通院中。現在は自力で立ち上がったとしてもすぐふらふらして倒れてしまうので、安定には程遠い。上半身は利き腕の右が使えないので左手を使ってスプーンで食事をする。文字を書くことはできない。右指も脳出血後は中指から小指までが変に固定されてしまった。脳の血の固まりが取れない状態であり、今後もずっと現状のままだと医師に言われている。仕事は令和2年1月で退職となった。	
5	令和 年 月 日から 令和 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）頃と 2. 現在（請求日頃）の就労・日常生活状況等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 1年12月30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。	
	就労していない場合	仕事をしていない（休職していた）理由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 休職中のため）
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。 <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 checked="" type="checkbox"/> 4 ) 洗面( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ) トイレ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ) 入浴( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" 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。	早く仕事場に復帰したいが、身体が言うことを利かずもどかしい。

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。	
		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。	
	就労していない場合	仕事をしていない（休職している）理由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 全介助のため）
日常生活状況		日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 <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 checked="" type="checkbox"/> 4 ) 洗面( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ) トイレ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 ) 入浴( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input checked="" 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。	日常生活のすべてのことが自力でできず、全て他人のお世話になっているので、精神的に辛く、落ち込むことも多いです。
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。 <small>※ 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</small>	<input checked="" type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他・( ) ① 令和 元 年 3 月 30 日 ( 2 級 ) 障害名 ( 脳幹出血による右上肢の機能の著しい障害・右下肢の機能全廃 ) <input type="checkbox"/> 身・ <input type="checkbox"/> 精・ <input type="checkbox"/> 療・ <input type="checkbox"/> 他・( ) ② 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。

※請求者本人が署名する場合、押印は不要です。

令和 3 年 1 月 5 日

請求者 現住所 宜野湾市宜野湾1-3-1

代筆者 氏名 中島隆史  
請求者からみた続柄 ( 社会保険労務士 )

氏名 丙野 三郎  
電話番号 070 - 9987 - 9987

# 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	双極性感情障害	
発病日	平成 28 年 12 月 頃 日	初診日	平成 29 年 1 月 26 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、<u>発病したときから現在までの経過</u>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	平成 28 年 12 月 頃 日から 平成 29 年 1 月 25 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  運送会社に配車係として勤務していたときに、常時忙しかったことと、私がおっとりした性格のため、ドライバーからは配車の段取りが悪いと叱責されたことや、時間外労働がずっと続いている職場環境がストレスになり、下痢と吐き気がずっと起こるようになった。単なる腹痛と思っていて市販の薬を飲んで我慢をしていたが治らなかった。その後不眠にもなり欠勤や遅刻が発生するようになった。	
2	平成 29 年 1 月 26 日から 令和 1 年 9 月 1 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  平成29年になっても不眠が続き、遅刻や欠勤も多くなった。職場へ行くのが無理だと思いついに上司に相談したところ、心療内科を受診するよう勧められ、紹介されたA病院に行った。このときはうつ病と言われ2週間に1回の間隔で通院した。2月からは休職となり自宅療養となった。休職を機に私は妻と別居し実家に戻り両親と過ごしているが、家事手伝いはほとんどできず両親に依存した。平成30年12月には休職期間満了によって退職となった。退職後も通院を継続をしていたが薬の副作用があり、吐き気とイライラ感が増えて過食も進み、さらに自殺願望も芽生えたことから、主治医に依頼し転院することとなった。	
3	令和 1 年 9 月 2 日から 令和 1 年 10 月 21 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  B病院	左の期間の状況  B病院へ転院した。私の症状は重かったようで即入院を指示され10月21日まで入院し治療を受けた。入院中は、両親が毎日見舞いに来てくれ院内で安静に過ごしていた。入院して1か月経過してからは、多少体調も回復し病院周辺の敷地への外出が許可されたので、日中2時間ほど敷地内を散歩できるようになった。	
4	令和 1 年 10 月 22 日から 令和 2 年 現 月 在 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  B病院	左の期間の状況  退院後も仕事はせず、普段は実家で静養している。家事手伝いはせず両親に依存することがほとんどで、人と会わないときは何日も部屋にこもりきりで着替えることがない。薬の副作用なのか食欲だけは旺盛になりこの1年間で40キロも太ってしまった。仕事をしたい気持ちはあるが、体調も気分も毎日波がある状態である。	
5	平成 年 月 日から 平成 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）頃と 2. 現在（請求日頃）の就労・日常生活状況等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 30年7月26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。	
	就労していない場合	仕事をしていない（休職していた）理由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 休職中のため）
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。 <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 checked="" type="checkbox"/> 2 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 3 <input 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たことがありましたら記入してください。	職場に復帰したいが体調が回復しないので辛いです。

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 00 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。	
	就労していない場合	仕事をしていない（休職している）理由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 休職中のため）
日常生活状況		日常生活の制限について、該当する番号を○で囲んでください。 <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 checked="" type="checkbox"/> 2 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 2 <input 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 checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ) 買物( <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input 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。	職場に復帰したいが体調が回復しないので辛いです。
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 checked="" 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	① <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 ( ) 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。

※請求者本人が署名する場合、押印は不要です。

令和 2 年 3 月 31 日

請求者 現住所 沖縄県宜野湾市宜野湾 1-3-1

代筆者 氏名 中島隆史  
請求者からみた続柄 ( 社会保険労務士 )

氏名 甲野 三郎  
電話番号 012 - 3456 - 7890