

平成 年 月 日
(照会番号)

様

障害年金の請求にかかる照会について

化学物質過敏症について障害年金を請求される場合は、次の事項について調査が必要となりますので、診断書の現症日時点の状況を主治医の先生に記入していただき、診断書と一緒に提出してください。

【平成 年 月 日現症】

1 次の項目について、問診していただき該当する□に✓を記入してください。

【 臨床経過と症状 】

- | | | | | | |
|--|-----------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| ① 症状の再現性がある。 | } 症状発症と化学物質暴露との間に
明らかな因果関係がある。 | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| ② ごく微量の化学物質に反応する。 | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| ③ 関連性のない多種類の化学物質に反応するようになる。 | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| ④ 原因物質の除去で、症状が改善するか、治癒する。 | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| ⑤ 症状は一過性でなく、慢性的に持続し、その再発や再燃（症状が再度悪化）がある。 | | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| ⑥ 症状が多臓器にまたがる。（該当する□に✓を記入してください。） | | | | | |
- 筋肉・関節症状（痛みやこわばり、脱力感）
 - 咽頭喉頭粘膜や呼吸器症状（咽頭痛、息切れ、咳）
 - 心臓・循環器症状（動悸や胸の不快感、しびれ感）
 - 腹部・消化器症状（おなかの痛み、ぼうまん感、吐き気や下痢）
 - 精神・神経症状（集中力や思考力の低下、無気力、めまい、立ちくらみ、頭痛、倦怠感、うつ症状、不眠など）
 - 皮膚症状（発疹、蕁麻疹、アトピー）
 - 眼科的症状（視力低下、眼がまぶしい、結膜炎様症状）
 - 感覚障害（嗅覚、味覚障害など）
 - その他（微熱、月経痛、月経不順）

【 検査成績の異常 】

※検査を行っていない項目を新たに検査して記入する必要はありません。その場合は未施行に✓を記入してください。

- | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| ① 瞳孔反応の異常 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | 未施行 |
| ② 視覚空間周波数の閾値の低下 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | 未施行 |
| ③ 眼球運動の異常 | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | 未施行 |
| ④ 重心検査での身体のゆれ | <input type="checkbox"/> | あり | <input type="checkbox"/> | なし | <input type="checkbox"/> | 未施行 |

- ⑤ 脳循環検査での異常 あり なし 未施行
⑥ 誘発試験の陽性反応 あり なし 未施行

ありの場合、反応する化学物質名をお書きください。

- ⑦ 免疫系検査（アレルギー検査も含めて） あり なし 未施行
における明らかな異常所見。

ありの場合、どのような異常が見られますか。

- ⑧ 一般的な検査（胸部・腹部X線検査、心電図、
血液検査、検尿など）における異常所見。 あり なし 未施行

異常が見られる検査結果について記入いただくか検査データを添付してください。

2 次の項目について問診していただき、該当する数字を○で囲んでください。

※それぞれの化学物質に反応して、例えば、頭痛、呼吸が苦しくなる、咳き込む、ふらつくなどについて確認するために必要となります。症状の強さを0から10の点数で各項目1カ所に○をつけてください。

(0=まったく反応なし 5=中等度の反応 10=動けなくなるほどの症状)

【 化学物質暴露による反応 】

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| 1. 車の排気ガス | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 2. たばこの煙 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 3. 殺虫剤、除草剤 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 4. ガソリン臭 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 5. ペンキ、シンナー | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 6. 消臭剤、漂白剤、洗剤、床ワックスなど | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 7. 特定の香水、芳香剤、制涼剤 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 8. コールタール、アスファルト臭 | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 9. マニキュア、除光液、ヘアスプレー、オーデコロン | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |
| 10. 新しいじゅうたん、カーテン、新車の臭い | (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10) |

【 症 状 】

1. 頭痛、頭の圧迫感、一杯に詰まった感じなどの
頭部症状 頭部 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
2. 眼の刺激、やける感じ、しみる感じ、息切れ、咳の
ような気管や呼吸症状、たん、鼻汁がのどの奥の方へ
流れる感じ、風邪にかかりやすい 粘膜・呼吸器 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
3. 動悸、脈のけったい（不整脈）、胸の不安感などの
心臓や胸の症状 心・循環 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
4. お腹の痛み、胃けいれん、膨満感、吐き気、下痢、
便秘のような消化器症状 胃腸 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
5. 陰部のかゆみ、または痛み、トイレが近い、尿失禁、
排尿困難 泌尿器・生殖器
(女性の場合には生理時の不快感、苦痛などの症状) (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
6. 発疹、じんましん、アトピー、皮膚の乾燥感 皮膚 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
7. 筋肉、関節の痛み、けいれん、こわばり、力が抜ける
筋・関節・骨 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
8. めまい、立ちくらみなどの平衡感覚の不調、手足の
協調運動の不調、手足のしびれ、手足のチクチク感、
目のピントが合わない 神経・抹消神経 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
9. 緊張しすぎ、あがりやすい、刺激されやすい、うつ、
泣きたくなったり激情的になったりする。以前興味が
あったものに興味が持てないなどの気分の変調 情緒 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)
10. 集中力、記憶力、決断力の低下、無気力なども含めた
思考力の低下 認識 (0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10)

3 次の該当するPS0～PS9のいずれかを○で囲んでください。

米国疾病予防管理センターが1988年に作成したPS (Performance status) を化学物質過敏症に使用しやすくするため「疲労感」や「全身倦怠感」を「症状」に用語を置き換えています。

PS0	症状がなく平常の社会(学校)生活ができ、制限を受けることなく行動できる。
PS1	通常社会(学校)生活ができ、労働(勉強)も可能であるが、症状を感じるときがしばしばある。
PS2	通常社会(学校)生活ができ、労働(勉強)も可能であるが、症状のため、しばしば休息が必要である。
PS3	症状のため、月に数日は社会(学校)生活や労働(勉強)ができず、自宅にて休息が必要である。
PS4	症状のため、週に数日は社会(学校)生活や労働(勉強)ができず、自宅にて休息が必要である。
PS5	通常社会(学校)生活や労働(勉強)は困難である。軽作業は可能であるが、週のうち数日は自宅にて休息が必要である。
PS6	調子のよい日には軽作業は可能であるが週のうち50%以上は自宅にて休息が必要である。
PS7	身の回りのことはでき、介助も不要であるが、通常社会(学校)生活や軽労働(勉強)は不可能である。
PS8	身の回りのある程度のことではできるが、しばしば介助があり、日中の50%以上は就床している。
PS9	身の回りのこともできず、常に介助があり、終日就床を必要としている。

4 その他、認定の参考となることがありましたらご教示ください。

下記に署名と捺印も併せてお願いします。

平成 年 月 日
医療機関名・住所
医師の氏名
印