

呼吸器機能障害診断書

氏名		性別	男 女	生年月日		年	月	日	(歳)												
障害名																					
原因となった 疾病・外傷名等	分類： <table border="1"> <tr> <td>・感染症</td> <td>・中毒性疾患</td> <td>・その他の疾病</td> <td>・出生時の損傷</td> </tr> <tr> <td>・交通事故</td> <td>・労働災害</td> <td>・スポーツ事故</td> <td></td> </tr> <tr> <td>・先天性</td> <td>・その他 ()</td> <td></td> <td>・不明</td> </tr> </table>									・感染症	・中毒性疾患	・その他の疾病	・出生時の損傷	・交通事故	・労働災害	・スポーツ事故		・先天性	・その他 ()		・不明
・感染症	・中毒性疾患	・その他の疾病	・出生時の損傷																		
・交通事故	・労働災害	・スポーツ事故																			
・先天性	・その他 ()		・不明																		
発症・発生時期	年 月 日 (頃)																				
障害の経過	病歴																				
	現症・合併症の状況																				
内服薬、 外用薬等の 使用状況	あり	内容： ()							なし												
酸素療法の有無	あり	(l/min)							なし												
主な理学的所見及び検査結果 (検査日： 年 月 日)																					
身長	cm				体重	kg															
脈拍	/min (整・不整)				血圧	/ mmHg															
胸部聴診所見	心音：			呼吸音：			その他：														
チアノーゼ	あり・なし			検痰	塗抹(), 培養(), 排痰なし																
最終排菌 (排菌があった場合)	年 月 日				赤沈値またはCRP																
動脈血ガス分析	(非酸素吸入下) pH： , PaO ₂ ： , PaCO ₂ ： , HCO ₃ ：																				
胸部レントゲン所見	(心胸郭比 %)																				
心電図所見	(コピーを添付のこと)																				
肺機能検査	・%肺活量： _____% , ・1秒率： _____% , ・その他： _____ .																				
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 (〒) 住 所 (TEL： - -) (FAX： - -) 医師氏名 印																					