

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

あなた様より請求のありました障害年金につきまして審査したところ、次の事項について調査が必要となりましたので、〇〇病院 〇〇科 〇〇先生に記載してもらい提出してください。

◎ 下記の該当する番号（PS値）に○をつけてください。

Performance status による疲労/倦怠の程度

(厚生省特別研究事業、本邦による Chronic Fatigue Syndrome＝慢性疲労症候群の実態調査ならびに病因、病態に関する研究＝平成3年度研究実績報告書)

【平成 年 月 日現症】

PS0	倦怠感がなく平常の社会（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 of 社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、疲労感を感じる時がしばしばある。
PS2	通常 of 社会（学校）生活ができ、労働（勉強）も可能であるが、全身倦怠感のため、しばしば休息が必要である。
PS3	全身倦怠感のため、月に数日は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休養が必要である。
PS4	全 倦怠感のため、週に数日は社会（学校）生活や労働（勉強）ができず、自宅にて休養が必要である。
PS5	通常 of 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 of 社会（学校）生活や軽労働（勉強）は不可能である。
PS8	身の回り of ある程度 of ことはできるが、しばしば介助がおり、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、常に介助がおり、終日就床を必要としている。

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