

# 障害報告書

## Disability Report

医療障害の判定  
Medical Disability Decision  
DSHS14-144A

障害報告書 (DSHS 14-144A) は、障害判定部 (DDDS) が医学的障害を判定するために使用する際に、クライアントの障害、医学的証拠、および職歴に関する情報を収集します。

社会サービススペシャリスト (SSS) または財務サービススペシャリスト (FSS) は、DSHS14-144Aを開始します。SSSまたはFSSは、コミュニティ・サービス・オフィス (CSO)、および電話番号が用紙に記載されていることを確実にする必要があります。要求された障害判定が、非付与医療補助 (NGMA) または障害労働者医療 (HWD) であることを示すために、該当するボックスにチェックを入れてください。記入済みの用紙を障害者判定のパケットに追加します。

1. SSSまたはFSSは、クライアントの氏名、社会保障番号 (SSN)、障害状態を示す見出しを記入します。
2. SSSまたはFSSは、第1部「あなたの状態に関する情報」を記入するために、クライアントを援助することができます。日付を正確とする必要はありませんが、月と年を反映させるべきです。
3. SSSまたはFSSは、第2部「あなたの医療記録に関する情報」を記入するために、クライアントを援助することができます。医師と治療源をできるだけ完全に特定することが重要です。
4. SSSまたはFSSは、クライアントが第3部「あなたの活動に関する情報」を記入するのを援助することができます。SSSまたはFSSは、クライアントの制限が明確に認識されていることを確実にするために、情報を再審査する必要があります。
5. SSSまたはFSSは、第4部「あなたの教育についての情報」を記入するように、クライアントを援助することができます。学校の授業が特別教育の授業であった場合は、その旨を記載することが求められます。
6. SSSまたはFSSは、第5部「あなたが働いた仕事についての情報」を記入するように、クライアントを援助することができます。個々の雇用主を記載せずに、事業の種類のみを記載する必要があります。
7. SSSまたはFSSは、第6部「備考」の第1項を記入するように、クライアントを援助することができます。第2項から第6項は、SSS または FSS が記入する項目です。

# 障害報告書 Disability Report

医療障害の判定  
Medical Disability Decision

以下に対する要求 REQUEST IS FOR:

- 非付与医療援助 (NGMA) Non-Grant Medical Assistance (NGMA)
- 障害労働者医療 (HWD) Healthcare for Workers with Disabilities (HWD)

この用紙は、DSHSの社会サービス担当者または財務担当者が、請求者または請求者の代理人との面談の際に記入するものです。全項目について、はっきりと印刷、タイプ、または書き込みをして、可能な限りお答えください。全問に回答してください。ご回答が完全であれば、請求の処理に役立ちます。用紙の中の質問に答えるのに余白が必要な場合は、第6部へ進むか、1シートを添付してください。

1.請求者の氏名/通称	2.社会保障番号	3.電話番号 (市外局番を追記)
4.第三者の連絡先 氏名 住所:		電話番号 (市外局番を追記)

5. あなたの障害となる症状は何ですか？あなたの働くことを妨げている傷病を簡単に説明してください。

## 第1部あなたの症状に関する情報

1. あなたの症状が最初に気になったのは、何月何日ですか？ \_\_\_\_\_  
月、日、年
- 2A. あなたは、上述の第1項の日付以降も働いていましたか？  
あなたが「いいえ」と答えたならば、以下の3A項と 3B項にお進みください。 .....  はい  いいえ
- 2B. あなたが2A項で「はい」と答えたならば、その条件があなたを変えるきっかけになりましたか？  
あなたの仕事または職務とは？ .....  はい  いいえ  
あなたの勤務時間とは？ .....  はい  いいえ  
あなたの就業形態とは？ .....  はい  いいえ  
あなたの仕事に関して他に何かありますか？ .....  はい  いいえ
- 2C. あなたが2B項のいずれかの項目で「はい」と答えたならば、あなたの労働環境の変化が何であったか、それが起こった日付、あなたの状態がどのようにその変化を必要としたかを説明してください。
- 3A. あなたが症状のために、仕事を止めることになったのはいつですか？ \_\_\_\_\_  
月、日、年
- 3B. あなたの現状が、どのように働くことを妨げているのかを説明してください。

## 第2部あなたの医療記録に関する情報

1. あなたの障害状態に関する最新の医療記録を持っている医師について、以下の情報を入力してください。	<input type="checkbox"/> 障害のある症状で医師の診察を受けたことがなければ、ここにチェックを入れてください。
医師の氏名 / 診療所	電話番号 (市外局番を追記)
住所:	あなたが初めて、この医師に受診した日
あなたが検査か治療を受けた病気が怪我	あなたが最後に、この医師に受診した日
受けた治療か医薬品の種類 (手術、化学療法、放射線療法、病気が怪我のために服用している医薬品など、分かれば記述。) 治療か医薬品がなければ、「し」と記入してください。	

2. あなたは、障害のある状態が始まってから、他の医師に診てもらったことがありますか？  はい  いいえ  
「はい」の場合は、以下にお答えください。

医師の氏名 / 診療所	電話番号 (市外局番を追記)
住所:	あなたが初めて、この医師に受診した日
あなたが検査か治療を受けた病気が怪我	あなたが最後に、この医師に受診した日
受けた治療か医薬品の種類 (手術、化学療法、放射線療法、病気が怪我のために服用している医薬品など、分かれば記述。) 治療か医薬品がなければ、「なし」と記入してください。	

**この病気になるか怪我をしてから、追加の医師にかかった場合は、  
上述の情報を記載した追加のページを添付してください。**

3. あなたは、障害のある症状について、病院で治療を受けたことがありますか?  はい  いいえ  
「はい」の場合は、以下にお答えください。

病院名	電話番号 (市外局番を追記)
住所:	
あなたの受診したのは、何日でしたか?	
あなたが検査か治療を受けた病気が怪我	
受けた治療か医薬品の種類 (手術、化学療法、放射線療法、病気が怪我のために服用している医薬品など、分かれば記述。) 治療か医薬品がなければ、「なし」と記入してください。	

4. あなたが病気が怪我で他の病院を受診したことがあれば、次のことにお答えください。

病院名	電話番号 (市外局番を追記)
住所:	
あなたの受診したのは、何日でしたか?	
あなたが検査か治療を受けた病気が怪我	
受けた治療か医薬品の種類 (手術、化学療法、放射線療法、病気が怪我のために服用している医薬品など、分かれば記述。) 治療か医薬品がなければ、「なし」と記入してください。	

**あなたが病気が怪我で他の病院か診療所にかかったことがあれば、  
第6部に名称、日付、理由を記載するか、追加のページを添付してください。**

5. あなたは、過去1年間に以下いずれかの検査を受けたことがありますか? あなたが「はい」と答えたならば、以下の該当する項目にチェックを入れ、その検査を受けた場所と時期を記入してください。

検査	はい	いいえ	実施場所	実施時期
心電図	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
胸部X線検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他の X線検査 (具体的な種類):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
呼吸検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

血液検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
その他 (具体的に記入):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

### 第3部医薬品リスト

医薬品の名称	処方箋の発行者 (医師名)	投薬の理由

あなたが更なる医薬品を飲んでいる場合は、上述の内容を記載したページを追加で添付してください。

### 第4部あなたの教育に関する情報

1. あなたが修了した学校の最高学年は、何年ですか? \_\_\_\_\_ 何年ですか? \_\_\_\_\_
2. あなたは、貿易学校か職業訓練校に通ったか、何らかの特別な訓練を受けたことがありますか?  はい  いいえ  
「はい」の場合は、以下にお答えください。

貿易学校か職業訓練校、または訓練

あなたが出席したおおよその日付

この学校教育か訓練があなたの働いた仕事について、どのように生かされましたか?

クライアントが学校に通っているのであれば、以下をご記入ください。

学校名、住所、電話番号

教師の氏名

### 第5部あなたが働いた仕事に関する情報

あなたが仕事を辞めるまでの過去15年間に経験した全ての仕事を、普段の仕事から順にリストアップしてください。これは、あなたが最も長く働いていた仕事の種類を意味します。あなたが小学校6年生以下の学歴であって、35年間以上に非熟練重労働しかしていなければ、働き始めてから経験した全部の仕事を挙げてください。余白が必要な場合は、追加ページを添付するか、第6部を使用してください。

職位	事業の種類	開始	終了	週ごとの勤務時間	賃金率 (時間、日、週、月、または年ごと)

- 2A. 上述のような普段の仕事において、あなたは以下のことをしましたか？ はい いいえ
- あらゆる種類の機械類、工具、器具を使用しましたか？ .....
- 技術的な知識か技能を使いましたか？ .....
- 文章作成、報告書作成、またはそれに類する業務を行いますか？ .....
- 監督責任を負っています。 .....
- 2B. 「はい」と回答した全部に対して、次の内容を完全に説明してください。あなたの使用した機械類、工具、機器の種類、あなたの行った正確な操作、関連する技術的知識または技能、あなたの作成した文書の種類、いずれかの報告書の性質、あなたの監督した人の数と監督した範囲。
- 2C. あなたの普段の仕事での1日の運動量と種類を、以下の中から最も当てはまるものにチェックを入れてください。以下の最良の回答にチェックを入れて、代表的な1日に含まれる普段の仕事での身体活動の種類と量を説明してください。
- あなたは、次のことを1日に何時間しましたか？ 歩きましたか？  0  1  2  3  4  5  6  7  8
- 立ちましたか？  0  1  2  3  4  5  6  7  8
- 座りましたか？  0  1  2  3  4  5  6  7  8
- あなたは、1日に何回くらい次のことをしましたか？
- 上半身を曲げましたか？  一度もない。  たまにある。  よくある。  絶え間なく続く。
- 手を伸ばしましたか？  一度もない。  たまにある。  よくある。  絶え間なく続く。
- 持ち上げて運んだことについて、何を持ち上げ、どこまで運んだかを記述してください。
- あなたの持ち上げたもので、一番重かった重量は何ですか？
- 10 lbs.  20 lbs.  50 lbs.  100 lbs.  100 lbs.を上回る
- あなたがよく持ち上げたか、運んだ重さは、どの程度でしたか？
- 10 lbs.まで  25 lbs.まで  50 lbs.まで  100 lbs.まで

#### 第6部備考

1. この部分を追加の空欄として使って、これまでの質問に答えてください。そして、この欄を使って、あなたの障害者請求の判定に役立つと思われる追加の情報（前回に記載しなかった他の病気か怪我に関する情報など）を記入してください。

#### 面接担当者が記入すること。

2. 請求者は、英語を話せますか？  はい  いいえ 「いいえ」の場合、対象者は何語を話しますか？
3. 請求者は、その請求の処理に援助を必要としますか？  はい  いいえ  
「はい」の場合は、1ページ目の第三者への連絡先を記入してください。
4. 請求者に面接している間に、観察された問題があれば、以下のどのような困難があるかにチェックを入れてください。
- 読むこと。  書くこと。  質問に答えること。  聞くこと。
- 座ること。  理解すること。  手を使うこと。  呼吸すること。
- 見ること。  歩くこと。  その他（具体的に記入）。
- 何も観察されなかった。
- 上述の項目のいずれかにチェックが入ったならば、その関連する難易度を正確に記述してください。

5. ABDの評価について、保留中のもの、現在進行中のものがありますか？ はい  いいえ

身体的、日付： \_\_\_\_\_

精神衛生、日付： \_\_\_\_\_

6. 請求者について、十分に記述してください（例：一般的な体格、身長、体重、行動、上述に追加するか、補足するような困難など）。

面接担当者の署名

日付

面接担当者の氏名（タイプまたは印刷）

面接担当者の電話番号（市外局番を追記）

コミュニティ・サービス・オフィス