

様式第1号

(表 面)

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書(視覚障害用)				
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	平成 年 月 日 令和
③ 住 所			④ 障害の原因と なった傷病名	
⑤ 傷病の原因 又は誘因	先天性 後天性 (疾病、不慮災、労災、その他)		⑥ 傷病発生 年 月 日	平成 年 月 日 令和
⑦ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	平成 年 月 日 令和		⑧ 将 来 再 認 定 の 要	有 (年後) ・ 無
現	⑨ 眼所見(前眼部、中間透光体、眼底所見)			
	⑩ 視 力		裸 眼 視 力	矯 正 視 力
		右 眼		
	左 眼			
症	⑪ 視 野			
	右眼	左眼		
⑫ 備 考				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診 療 担 当 科 名 醫師氏名				

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎ 字は楷書^{かい}ではっきりと書いてください。

注意

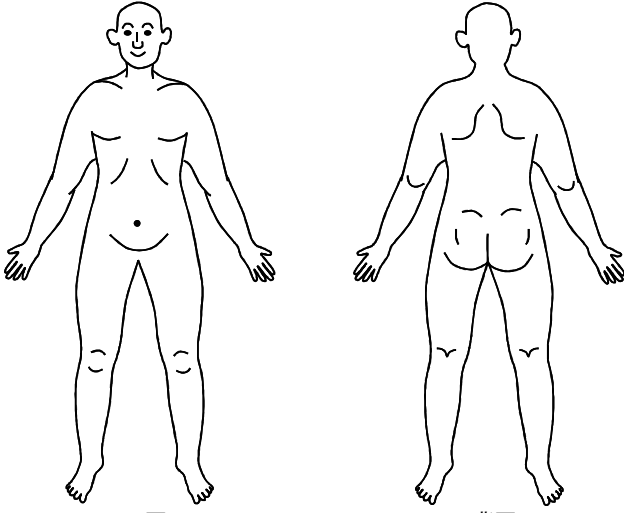
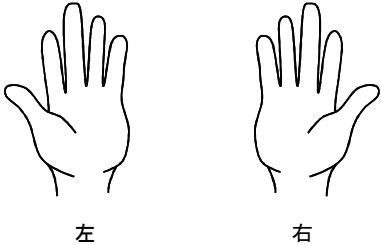
- 1 この診断書は、障害児福祉手当(福祉手当)の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病について初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑩の欄は、視力測定の際の照度は、200ルクスとしてください。
- 5 ⑪の欄は、視野障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 6 口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

注 意

- 1 この診断書は、障害児福祉手当(福祉手当)の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。
- 5 ⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し令別表第1に該当する診断を行う場合は、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、オーディオメータにより聴カレベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、COR検査(条件聴索反応検査)を組み合わせて実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
- 6 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。
なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 7 口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

様式第3号

(表 面)

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書(肢体不自由用)							
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	平成 令和 年 月 日			
③ 住 所			④ 障害の原因と なった傷病名				
⑤ 傷病の原因 又は誘因	先天性 後天性 (疾病、不慮災、労災、その他)		⑥ 傷病発生 年 月 日	平成 令和 年 月 日			
⑦ ④のためはじめ て医師の診 断を受けた日	平成 令和 年 月 日		⑧ 将 来 再 認 定 の 要	有 (年 後) ・ 無			
⑨ 現 症							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1</p>  <p style="text-align: center;">正面 背面</p> </div> <div style="width: 45%;">  <p style="text-align: center;">左 右</p> <div style="margin-top: 10px;"> <p>■ 欠損部分</p> <p>▨ 知覚脱失部分</p> <p>▩ 知覚鈍麻部分</p> <p>〰 知覚異常部分</p> <p>× その他の障害の部分</p> </div> <p>(注) じよく はんこん 瘡 瘻 痕 も 記 入 し て く だ さ い。</p> </div> </div>							
2 四肢周径(cm)				3 四肢長 (cm)			
	上腕中央部	前腕最大部	大腿中央部	下腿最大部		上肢長	下肢長
右					右		
左					左		
4 神経学的所見							
(1) 知覚障害…… 有 ・ 無 (あれば上図に記入すること)							
(2) 運動麻痺の種類(該当するものを○でかこんで下さい)							
弛緩性 ・ けい性 ・ 失調性 ・ 不随意運動性 ・ 強剛(固縮)性 ・ しんせん性							
(3) 障害の起因部位(該当するものを○でかこんで下さい)							
脳性 ・ せき 脊髄性 ・ まっしょう 末梢神経性 ・ 筋性 ・ その他							
(4) 諸反射検査							
	上肢腱反射	下肢腱反射	バビンスキー反射	その他の病的反射			
右							
左							
(5) ぼうこう・直腸麻痺…… 有 ・ 無							

5 体幹・四肢関節可動域

部 位	運 動 の 方 向	可 動 域			
		右		左	
		自 動	他 動	自 動	他 動
肩 関 節					
肘 関 節					
前 腕					
手 関 節					
股 関 節					
膝 関 節					
足 関 節					

部 位	運 動 の 方 向	可 動 域	
		自 動	他 動
頸 部			
胸 腰 部			

6 その他

⑩ 日常生活動作の障害程度(補装具等を使用しない状態で判定すること。)

記 号	ひとりのできる場合…………… ○
	ひとりできてもうまくできない場合…… △
	ひとりでは全くできない場合…………… ×

1. つまむ(新聞紙が引き抜けない程度) …………… { 右 _____
左 _____
2. にぎる(丸めた週刊誌が引き抜けない程度) …………… { 右 _____
左 _____
3. タオルを絞る(水を切れる程度) …………… 両手 _____
4. 顔を洗う …………… _____
5. ひもを結ぶ …………… _____
6. はしで食事をする …………… { 右 _____
左 _____
7. さじで食事をする …………… { 右 _____
左 _____
8. 握力 …………… { 右 _____
左 _____
9. 用便 { 小便(ズボンの前のボタンのところ)に手をやる) …………… _____
{ 大便(臀のところに手をやる) …………… _____
10. かぶりシャツを着る・脱ぐ …………… _____
11. シャツのボタンのとめはずし …………… _____

12. ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい) …………… _____
13. 靴下をはく (どのような姿勢でもよい) …………… _____
14. すわる { 支えなしで正座・横すわり・あぐら・脚なげだし(このような姿勢を維持する) } …… _____
15. こしかける { 可能 背もたれ _____ 要・不要
不能 _____
16. 深くおじぎをする …………… _____
17. 立ち上がる { 可能 支持 _____ 要・不要
不能 _____
18. 歩く(室内) …………… _____
19. 階段をのぼる { 可能 手すり _____ 要・不要
不能 _____
20. 階段をおりる { 可能 手すり _____ 要・不要
不能 _____

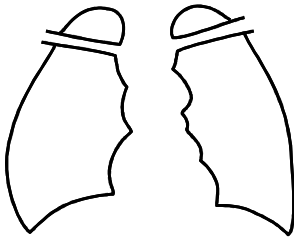
⑪ 備考

上記のとおり診断します。
 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 病院又は診療所の名称 _____
 所在地 _____
 診療担当科名 _____ 医師氏名 _____

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。
 ◎字は楷書ではっきりと書いてください。

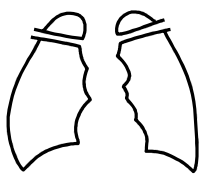
様式第4号

(表 面)

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書(心臓疾患用)				
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	平成 令和 年 月 日
③ 住所			④ 疾病の原因となつた傷病名	
⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	平成 令和 年 月 日		⑥ 傷病発生日	平成 令和 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	平成 令和 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有 (年後) ・ 無
⑨ 一般用 1. 臨床所見 (1) 動 悸 (有 ・ 無) (2) 息 切 れ (有 ・ 無) (3) 呼 吸 困 難 (有 ・ 無) (4) 胸 痛 (有 ・ 無) (5) 血 痰 (有 ・ 無) (6) チ ア ノ ー ゼ (有 ・ 無) (7) 浮 腫 (有 ・ 無) (8) 血 圧 (最高 最低) (9) 心 拍 数 () (10) 脈 拍 数 () (11) 心 音 () (12) その他の臨床所見		3. 活動能力の程度(該当するものどれか一つを選んで○でかこんでください。) (1) 普通の活動でも心不全症状又は狭心症症状がおこらないもの (2) 家庭内での普通の活動では何でもないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの (3) 家庭内での普通の活動では何でもないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの (4) 家庭内での極めて温和な活動では何でもないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの (5) 安静時でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの		
2. X線・心電図所見 (1) 陳旧性心筋梗塞 (有 ・ 無) (2) 脚ブロック (有 ・ 無) (3) 完全房室ブロック (有 ・ 無) (4) 不完全房室ブロック (有 第 度 ・ 無) (5) 心房細動(粗動) (有 ・ 無) 心拍数に対する脈拍数の欠損 (/) (6) STの低下 (有 mV ・ 無) (7) 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(ただし、VIを除く。)のいずれかのT波の逆転 (有 ・ 無)		年 月 日撮影  心胸比 %		

様式第5号

(表 面)

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書(結核及び換気機能障害用)				
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	平成 年 月 日
③ 住 所			④ 障害の原因と なった傷病名	
⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	平成 年 月 日		⑥ 傷 病 発 生 年 月 日	平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将 来 再 認 定 の 要	有 (年後) ・ 無
現 症	⑨ 身体計測 身長 cm : 体重 kg		⑬ 安静を要する程度 1度 絶対安静 2度 ベット上の安静 3度 必要時のみ室内歩行(30分以内) 4度 室内歩行はよい(1時間以内) 5度 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内) 6度 健康な人の2分の1程度の運動はよい 7度 軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる。 8度 疲れない程度の普通の生活	
	⑩ 胸部X線所見 ア. 胸 膜 癒 着 なし・軽・中・高 イ. 気 腫 化 なし・軽・中・高 ウ. 線 維 化 なし・軽・中・高 エ. 不 透 明 肺 なし・軽・中・高 オ. 胸 廊 変 形 なし・軽・中・高 カ. 心 縦 隔 の 変 形 なし・軽・中・高			
	 撮影 年 月 日		⑭ 現在までの治療内容等	
	⑪ 活動能力の程度 ア. 激しい運動をした時だけ息切れがある。 イ. 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。 ウ. 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。 エ. 平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。 オ. 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。			
⑫ 換気機能(令和 年 月 日)		⑯ 備考		
ア. 肺活量実測値(VC) ml				
イ. 予測肺活量 ml				
ウ. 努力性肺活量(FVC) ml				
エ. 1秒量(FEV1.0)				
オ. 努力性肺活量1秒率(FEV1%) エ/ウ×100				
カ. 予測肺活量1秒率 エ/イ×100				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診 療 担 当 科 名 医師氏名				

◎裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障害者の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。
◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。

注意

- 1 この診断書は、障害児福祉手当・福祉手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
 この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定がおそくなることがありますので、くわしく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 3 ⑤の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病についてはじめて医師の診断を受けた日を記入してください。
 前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申し立てによって記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑩の欄には、添付されたX線写真について、その所見を記入してください。
- 5 ⑭の欄には、現在までの治療の内容、期間、経過などを記入してください。
- 6 この診断書の外に胸部X線写真を添えてください。

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(腎臓疾患用)																																																																												
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	平成 年 月 日 令和																																																																								
② 住 所			④ 疾病の原因と なった傷病名																																																																									
⑤ ④のため初めて医師の 診断を受けた日	平成 年 月 日 令和		⑥ 傷病発生 年月日	平成 年 月 日 令和																																																																								
⑦ 障害が永続すると判定さ れた日	平成 年 月 日 令和	推定 確認	⑧ 将来再認定 の要	有(年後) ・ 無																																																																								
障 害 の 状 態																																																																												
⑨ 腎 臓 疾 患 (令和 年 月 日現症)																																																																												
1 臨 床 所 見		(6) 検 査 成 績																																																																										
(1) 自覚症状 悪心・嘔吐(無・有・著) 浮腫(無・有・著) 食欲不振(無・有・著) 貧血(無・有・著) 頭痛(無・有・著) 腎不全に基づく 呼吸困難(無・有・著) 神経症状(無・有・著) 視力障害(無・有・著) 低身長(無・有・著)		(2) 他覚所見 (3) 尿毒症性心包炎 (無・有) (4) 尿毒症性出血傾向 (無・有) (5) 尿毒症性中枢神経症状 (無・有)																																																																										
2 腎 生 検 無・有 検査年月日(令和 年 月 日) 所見		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">検 査 日</th> <th style="width: 15%;">. . .</th> <th style="width: 15%;">. . .</th> <th style="width: 15%;">. . .</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>検査項</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>夜間尿善尿蛋白量 mg/hr/ml</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>早朝尿蛋白量/クレアチニン比 g/gクレアチニン</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>赤血球数 × 10⁴/μl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ヘモグロビン g/dl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>白血球数 /μl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数 × 10⁴/μl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白 g/dl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン値 g/dl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG法・BCP法・改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総コレステロール mg/dl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血液尿素窒素(BUN) mg/dl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清クレアチニン mg/dl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>eGFR ml/分</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1日尿量 ml/日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>内因性クレアチニン・クリアランス ml/分</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血液ガス分析(アシドーシスの有無)</td><td>無・有・著</td><td>無・有・著</td><td>無・有・著</td></tr> </tbody> </table>			検 査 日	検査項				夜間尿善尿蛋白量 mg/hr/ml				早朝尿蛋白量/クレアチニン比 g/gクレアチニン				赤血球数 × 10 ⁴ /μl				ヘモグロビン g/dl				白血球数 /μl				血小板数 × 10 ⁴ /μl				血清総蛋白 g/dl				血清アルブミン値 g/dl				BCG法・BCP法・改良型BCP法				総コレステロール mg/dl				血液尿素窒素(BUN) mg/dl				血清クレアチニン mg/dl				eGFR ml/分				1日尿量 ml/日				内因性クレアチニン・クリアランス ml/分				血液ガス分析(アシドーシスの有無)	無・有・著	無・有・著	無・有・著
検 査 日																																																																									
検査項																																																																												
夜間尿善尿蛋白量 mg/hr/ml																																																																												
早朝尿蛋白量/クレアチニン比 g/gクレアチニン																																																																												
赤血球数 × 10 ⁴ /μl																																																																												
ヘモグロビン g/dl																																																																												
白血球数 /μl																																																																												
血小板数 × 10 ⁴ /μl																																																																												
血清総蛋白 g/dl																																																																												
血清アルブミン値 g/dl																																																																												
BCG法・BCP法・改良型BCP法																																																																												
総コレステロール mg/dl																																																																												
血液尿素窒素(BUN) mg/dl																																																																												
血清クレアチニン mg/dl																																																																												
eGFR ml/分																																																																												
1日尿量 ml/日																																																																												
内因性クレアチニン・クリアランス ml/分																																																																												
血液ガス分析(アシドーシスの有無)	無・有・著	無・有・著	無・有・著																																																																									
3 人工透析療法																																																																												
(1) 人工透析療法の実施の有無 無・有 (血液透析・腹膜透析・血液濾過)																																																																												
(2) 人工透析開始日 (令和 年 月 日)																																																																												
(3) 人工透析(腹膜透析除く。)実施状況 回数・回/週、1回 時間																																																																												
(4) 人工透析導入後の臨床経過																																																																												
(5) 長期透析による合併症 無・有 所見																																																																												
4 その他の所見																																																																												
(1) 腎移植 無・有 (有の場合は移植年月日(令和 年 月 日)) 経過																																																																												
(2) その他																																																																												
⑩ 活動能力の程度(該当するものどれか一つを選んで○で囲んでください。)																																																																												
1 普通の生活については著しく制限されることがないもの																																																																												
2 家庭内での普通の生活又は社会での極めて温和な活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの																																																																												
3 家庭内での極めて温和な活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの																																																																												
4 自己の身の辺の日常生活活動を著しく制限されるもの																																																																												
⑪ 備 考																																																																												
上記のとおり、診断します。																																																																												
令和 年 月 日																																																																												
病院又は診療所の名称																																																																												
所在地																																																																												
診療担当科名		医師氏名																																																																										

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

注 意

- 1 この診断書は、障害児福祉手当(福祉手当)の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- 3 ⑤の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑨の欄の「1 臨床所見」の検査成績は、過去3か月間において、症状を最もよく表している検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入してください。
- 5 ⑨の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書 (肝臓 疾患及びその他の疾患用)																																																																																									
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	平成 年 月 日																																																																																					
③ 住 所			④ 障害の原因と なった傷病名																																																																																						
⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	平成 年 月 日		⑥ 傷 病 発 生 年 月 日	平成 年 月 日																																																																																					
⑦ 障害が永続すると判定された日	平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 持 来 再 認 定 の 要	有 (年後) ・ 無																																																																																					
障 害 の 状 態																																																																																									
⑨ 肝 疾 患 (令和 年 月 日現症)																																																																																									
1 臨床所見		(3) 検査成績																																																																																							
(1) 自覚症状 全身倦怠感(無・有・著) 発 熱(無・有・著) 食 欲 不 振(無・有・著) 悪 心・嘔 吐(無・有・著) 皮膚そう痒感(無・有・著) 有 痛 性 筋 痙 攣(無・有・著) 吐 血・下 血(無・有・著)		(2) 他覚所見 肝 萎 縮(無・有・著) 脾 腫 大(無・有・著) 浮 腫(無・有・著) 腹 水 (無 ・ 有 ・ 有 (難治性)) 黄 疸 (無 ・ 有 ・ 著) 腹 整 静 脈 怒 張(無・有・著) 肝 性 脳 症(無・有・(度)) 出 血 傾 向 (無 ・ 有 ・ 著)																																																																																							
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)		<table border="1"> <thead> <tr> <th>検査日</th> <th>施設</th> <th>基準値</th> <th>..</th> <th>..</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>検査項目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AST(GOT) IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT(GPT) IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>γ-GPT IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総ビリルビン mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アルカリホスファターゼ IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白 g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BCG法・BCP法 ・改良型BCP法</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A/G比</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数 ×10⁴/uL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間 %</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>総コレステロール mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血中アンモニア ug/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AFP ng/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PIVKA-II mAU/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			検査日	施設	基準値	検査項目					AST(GOT) IU/L					ALT(GPT) IU/L					γ-GPT IU/L					血清総ビリルビン mg/dL					アルカリホスファターゼ IU/L					血清総蛋白 g/dL					血清アルブミン g/dL					BCG法・BCP法 ・改良型BCP法					A/G比					血小板数 ×10 ⁴ /uL					プロトロンビン時間 %					総コレステロール mg/dL					血中アンモニア ug/dL					AFP ng/mL					PIVKA-II mAU/mL				
検査日	施設	基準値																																																																																					
検査項目																																																																																									
AST(GOT) IU/L																																																																																									
ALT(GPT) IU/L																																																																																									
γ-GPT IU/L																																																																																									
血清総ビリルビン mg/dL																																																																																									
アルカリホスファターゼ IU/L																																																																																									
血清総蛋白 g/dL																																																																																									
血清アルブミン g/dL																																																																																									
BCG法・BCP法 ・改良型BCP法																																																																																									
A/G比																																																																																									
血小板数 ×10 ⁴ /uL																																																																																									
プロトロンビン時間 %																																																																																									
総コレステロール mg/dL																																																																																									
血中アンモニア ug/dL																																																																																									
AFP ng/mL																																																																																									
PIVKA-II mAU/mL																																																																																									
3 胆道閉鎖症の治療歴 (1) 手術所見(日時: 令和 年 月 日) (2) 治療経過		8 治療内容 (1) 利尿剤 (無 ・ 有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有) (2) 特殊アミノ酸製剤 (無 ・ 有) (5) 血小板輸血(無・有) (3) 抗ウイルス療法 (無 ・ 有) (6) その他 具体的内容																																																																																							
4 肝生検 無・有 検査年月日(令和 年 月 日) 所見 グレード() ステージ()		9 その他の所見 (1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日 令和 年 月 日) 経過 (2) その他(超音波・CT・MRI検査等) (令和 年 月 日)																																																																																							
5 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日(令和 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無・有(回) (3) 治療歴 無・有(回)																																																																																									
6 肝腫瘍治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 E・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回																																																																																									
7 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴 所見																																																																																									

(表 1 昏 睡 度 分 類)

昏睡度	精神状態	参考事項
I	睡眠-覚醒リズムの逆転 多幸気分ときに抑うつ状態 だらしく気にとめない状態	あとでふり返ってみて判定できる
II	指南力(時、場所)障害、物をとり違える(confusion) 異常行動 ときに傾眠状態(普通のよびかけで開眼し会話ができる) 無礼な言動があったりするが、他人の指示に従う態度を見せる。	興奮状態がない 尿便失禁がない 羽ばたき振戦あり
III	しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴い、反抗的態度をみせる 嗜眠状態(ほとんど眠っている) 外的刺激で開眼しうるが、他人の指示に従わない、または従えない(簡単な命令には応じえる)	羽ばたき振戦あり (患者の協力が得られる場合) 指南力は高度に障害
IV	昏睡(完全な意識の消失) 痛み刺激に反応する	刺激に対して払いのける動作、顔をしかめるなどがみられる
V	深昏睡 痛み刺激にも全く反応しない	

⑩ 血液疾患(令和 年 月 日現症)			
1 臨床所見			
(1) 自覚症状	(2) 他覚所見	(3) 検査成績	イ その他の検査
立ちくらみ (無・有・著)	易感 (無・有・著)	ア 末梢血液検査(令和 年 月 日)	画像検査(検査名) (令和 年 月 日)
易疲労感 (無・有・著)	悸 (無・有・著)	※アの欄は、最も適切に現在の病状が把握できる検査数値及びその日付を記入してください。	所見()
動悸 (無・有・著)	熱 (無・有・著)	ヘモグロビン濃度 () g/dL	他の検査(検査名) (令和 年 月 日) 所見
息切れ (無・有・著)	発熱 (無・有・著)	網赤血球 () %	
紫斑 (無・有・著)	斑 (無・有・著)	血小板 () 万/μL	
月経過多 (無・有・著)	多 (無・有・著)	白血球 () /μL	
関節症状 (無・有・著)	好中球 () /μL	リンパ球 () /μL	
(2) 他覚所見	病的細胞 () %		
易感染性 (無・有・著)			
リンパ節腫脹 (無・有・著)			
出血傾向 (無・有・著)			
肝腫 (無・有・著)			
脾腫 (無・有・著)			
2. 治療状況		3. その他の所見	
赤血球輸血 (年・月 回)	血小板輸血 (年・月 回)		
補充療法 (年・月 回)	新鮮凍結血漿 (年・月 回)		
⑪ その他の疾患(令和 年 月 日現症)			
1. 症状		2. 臨床検査	
⑫ 安静を要する程度			
1. 絶対安静		5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)	
2. ベッド上の安静		6. 健康な人の2分の1程度の運動はよい	
3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)		7. 軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし休憩時間を多くとる	
4. 室内歩行はよい(1時間以内)		8. 疲れない程度の普通の生活	
⑬ 備考			
上記のとおり診断します。			
令和 年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所在地			
診療担当科名 医師氏名			

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。
◎ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

注意

- この診断書は、障害児福祉手当(福祉手当)の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定がおそくなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- ⑤の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。
前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。
- 肝機能の検査成績は、過去3か月間における2回の検査成績(1ヶ月以上の間隔をおくこと。)をそれぞれ記入してください。
- ⑨の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。
- ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- ⑨の欄の「8 治療の内容」は、⑨の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
- ⑪の「その他の疾患」の欄には、視覚障害、聴覚障害、肢体障害、結核及び換気機能障害、心臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び精神障害以外の疾患について記入してください。
- 問診による身体状態と他覚的検査結果とが一致しないような場合には、備考欄にその旨を記入してください。

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(精神の障害用)						
① 氏名	-----		男・女	② 生年月日	平成 年 月 日	
③ 住所				④ 障害の原因となった傷病名		
⑤ 傷病発生 年 月	主な精神障害	平成 年 月	⑥ 合併症	精神障害		
	合併精神障害	平成 年 月		身体障害		
	合併身体障害	平成 年 月				
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	平成 年 月 日	令和 年 月 日	⑧ 将来再判定の要	有 (年後) ・ 無		
⑨ 現病歴(陳述者より聴取)			陳述者の氏名		患者との続柄	
ア 発病以来の病状と経過			イ 発病以来の治療歴 (病院名) (治療期間) (入院・外来別) (病名) (主な療法) (転帰)			
			(ア) 年 月 ~ 年 月 入・外			
			(イ) 年 月 ~ 年 月 入・外			
			(ウ) 年 月 ~ 年 月 入・外			
			(エ) 年 月 ~ 年 月 入・外			
⑩ これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴を陳述者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。)	ア 発育・養育歴		イ 教育歴 乳児期 不就学 ・ 就学猶予 小学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 中学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 高校(普通学級・特別支援学校) その他			
障害の状態(令和 年 月 日現症)						
現 症	現在の病状又は状態像			左記の状態について、その程度・症状・処方等を具体的に記載してください。		
	⑪ 知能障害等	1 知的障害 知能指数又は発達指数 (IQ・DQ) テスト方式 () テスト不能 判定 (最重度、重度、中度、軽度) 判定年月日 (令和 年 月 日) 2 高次脳機能障害 ア 失行 イ 失認 ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害 3 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () 4 その他 ()				
	⑫ 発達障害関連症状	1 相互的な社会関係の質的障害 2 言語コミュニケーションの障害 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 4 その他 ()				
	⑬ 意識障害・てんかん	1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他 () ・ てんかん発作のタイプ () ・ てんかん発作の頻度 ((年間・月・週) 回程度)				
	⑭ 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情の平板化 6 不安 7 恐怖 8 強迫行為 9 思考障害 10 心気症 11 中毒嗜癖 12 うつ状態 13 そう状態 14 その他 ()				
	⑮ 問題行動及び習癖	1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企画 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火・弄火 10 器物破壊 11 徘徊・浮浪 12 盗み 13 性的逸脱行動 14 排泄の問題 (尿失禁、便失禁、便こね、その他) 15 食事の問題 (拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 16 その他 ()				
⑯ 性格特徴						

現 症	⑰ 日常生活能力の程度 (必ず記入してください)	1 食事 (全介助・半介助・自立) 2 洗面 (全介助・半介助・自立) 3 排泄 ^{せつ} [おむつ必要・おむつ不要] 全介助・半介助・自立 4 衣服 [脱げない・着れない・ ボタン不能・自立]	5 入浴 (全介助・半介助・自立) 6 危険物 [全くわからない・特定の物] 場所はわかる・大体わかる 7 睡眠 [夜眠らず騒ぐ・時々不眠] 寝ぼける・問題なし
	⑱ 要 注 意 度	上記の内容を具体的に記載して下さい。 1 常に嚴重な注意を必要とする 2 随時一応の注意を必要とする 3 ほとんど必要ない	
⑲ 備 考			
上記のとおり、診断します。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 医 師 氏 名			

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄は記入する必要はありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

記 入 上 の 注 意

- この診断書は、特別障害者手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点があると認定が遅くなる場合がありますので、できるだけ詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。また、記入する欄()は具体的に詳しく記入してください。
なお、記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。
前に他の医師が診断している場合は、その父母等の申立てによって記入してください。
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- ⑪から⑮までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
- 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑪の欄に記入してください。
- ⑱の欄は、⑪から⑮までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科目名」は記入する必要はありません。