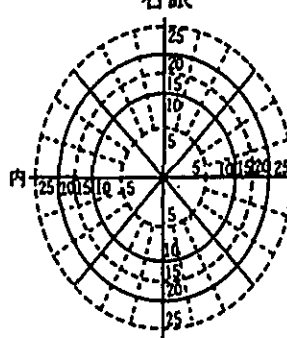
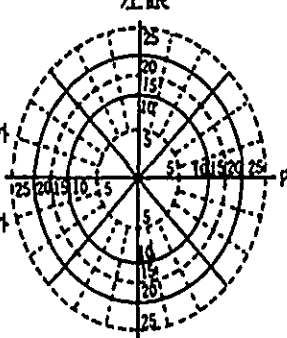


(表 面)

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	明治 大正 昭和 平成 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	昭和 平成 年 月 日
⑦ ④のため初めて医師 の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有 ( 年後) ・無
現 症	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				
⑪ 視野				
		右眼	左眼	
				
⑫ 備考				
上記のとおり診断します。 平成 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 ㊟				

㉞ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

㉟ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(日本工業規格A列4番)

(裏 面)

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 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つ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の欄の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。

(表 面)

障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（聴覚障害用）																																
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日																												
③ 住 所			④ 障害の原因となつた傷病名																													
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 傷病発生日 年 月 日	昭和 平成 年 月 日																												
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有 ( 年後)・無																												
現 症	<p>⑨ 聴力検査成績</p> <p>(1) 純音聴力 (dB値で記入)</p> <table style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td>(イ) 聴力(新規規格)</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>(ロ) 聴力(旧規格)</p> <table style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td>(ロ) 聴力(旧規格)</td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>			(イ) 聴力(新規規格)	500	1000	2000	右				左				(ロ) 聴力(旧規格)	500	1000	2000	右				左				<p>(2) 最良語音明瞭度</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr><td>右</td><td>%</td></tr> <tr><td>左</td><td>%</td></tr> </table>	右	%	左	%
(イ) 聴力(新規規格)	500	1000	2000																													
右																																
左																																
(ロ) 聴力(旧規格)	500	1000	2000																													
右																																
左																																
右	%																															
左	%																															
⑩ 備考	<p>⑩ 高度難聴用の補聴器の使用効果</p> <p>全く音声を識別できない程度に…… { 1 該当する 2 該当しない }</p>																															
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所 在 地</p> <p>診療担当科名</p> <p style="text-align: right;">医師氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>																																

㉞ 裏面をよく読んでから記入してください。

㉞ 字は楷書ではつきりと書いてください。




(日本工業規格A列4番)

(裏面)

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、記入事項に不明の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 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つ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 現症欄のデシベル値は、話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 昭和 57 年 8 月 14 日改正後の JIS 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨（1）（イ）の聴力レベル（新規格）の欄に記入し、同日改正前の JIS 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨（1）（ロ）の聴力損失（旧規格）の欄に記入してください。なお、オーディオメータによる測定値が聴力レベルで表される場合には、製品に必ず聴力レベルであることの表示が行われているので確認してください。
- 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つてください。  
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。

(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	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住 所			④ 障害の原因となつた傷病名	
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 日 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有 ( 年後) ・無
⑨ 現 症				
<p>1</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">  <p>正面</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>背面</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>左 右</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>■ 欠損部分              ▨ 知覚脱失部分              ▩ 知覚鈍麻部分              ▭ 知覚異常部分              * その他の障害の部分</p> </div> <p style="text-align: right;">(注) 痺痛癢痕も記入してください。</p>				
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
右				
左				
	上肢長	下肢長		
右				
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○で囲んでください) 弛緩性 痙性 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○で囲んでください) 脳性 脊髄性 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	ひとりでできる場合……………○
		ひとりで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 }	12 スポンの着脱（どのような姿勢でもよい） ……
2 握る（丸めた週刊誌が引き抜けない程度） …… { 右 左 }	13 靴下をはく（どのような姿勢でもよい） ……
3 タオルを絞る（水をきれる程度） ……両手	14 すわる { 支えなしで正坐・横すわり・あぐら・脚なげ出し（このような姿勢を持続する） } ……
4 顔を洗う ……	
5 ひもを結ぶ ……	15 こしかける { 可能 背もたれ一要・不要 / 不能 }
6 はして食事をする …… { 右 左 }	16 深くおじぎをする ……
7 さじて食事をする …… { 右 左 }	17 立ち上る { 可能 支持一要・不要 / 不能 }
8 握力 …… { 右 左 }	18 歩く（室内） ……
9 用便 { 小便（ズボンの前のボタン）のところに手をやる } ……	19 階段をのぼる { 可能 手すり一要・不要 / 不能 }
10 かぶりシャツを着る脱ぐ ……	
11 シャツのボタンの止めはずし ……	20 階段をおりる { 可能 手すり一要・不要 / 不能 }

⑪ 備 考

上記のとおり診断します。  
 平成 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

㊦

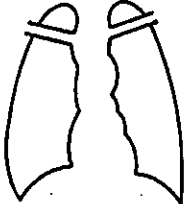
- ㊦ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。
- ㊦ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(裏面)

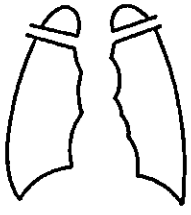
注意

- 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、記入事項に不明の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つ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 ⑨の欄は、次によつてください。
  - (1) 1の図は、障害の内容に応じてそれぞれの部位を塗りつぶしてください。
  - (2) 「四肢長」の測定は、上肢長については肩峰より橈骨茎状突起まで、下肢長については、腸骨前上棘より内果までの距離を測ってください。
  - (3) 4の「障害の起因部位」が心因性のもと思われる場合は、「その他」のところを○で囲んでください。
  - (4) 5の「体幹・四肢関節可動域」は、関節角度計を使用してください。また、運動障害のある部位について、運動の方向別に解剖学的肢位を0°（前腕については手掌面が矢状面にある状態を0°とし、肩関節の水平屈曲伸展計測については外転90°位を0°とする。）とした測定方法（昭和49年6月日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた測定方法）により測定した最大可動域を記入してください。
- 5 6の「その他」には、現疾患にかかわる変形や筋力の減弱等日常生活動作に直接関連を有する症状について記入してください。
- 6 ⑩の欄の日常生活動作については、それぞれの状態に応じて○・△・×を記入してください。  
なお、15、17、19及び20の動作については、該当するものを○で囲んでください。

(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 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住 所	④ 疾病の原因となつた傷病名		
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 平成 年 月 日	⑥ 傷病発生日 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日 昭和 平成 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○で囲んでく ださい。) (1) 普通の活動でも心不全症状又 は狭心症症状が起こらないもの (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 ( /分) (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、V <sub>1</sub> を除く。)のいずれかのT 波の逆転 (有・無)		平成 年 月 日撮影 	



<p>⑩ 小児用</p> <p>1 臨床所見</p> <p>(1) 著しい発育障害 (有・無)</p> <p>(2) 心音・心雑音の異常 (有・無)</p> <p>(3) 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)</p> <p>(4) 運動制限 (有・無)</p> <p>(5) チアノーゼ (有・無)</p> <p>(6) 肝腫 (有・無)</p> <p>(7) 浮腫 (有・無)</p>	<p>3 養護の区分 (該当するものを○で囲んでください。)</p> <p>(1) 6か月～1年ごとの観察</p> <p>(2) 1か月～3か月ごとの観察</p> <p>(3) 症状に応じて要医療</p> <p>(4) 継続的医療</p> <p>(5) 重い心不全、低酸素血症又はアダムスストークス発作で継続的医療を要するもの</p>
<p>2 X線・心電図所見</p> <p>(1) 心胸比56%以上 (有・無)</p> <p>(2) 肺血流量増又は減 (有・無)</p> <p>(3) 肺静脈うつ血像 (有・無)</p> <p>(4) 心室負荷像 (有〔右室, 左室, 両房〕・無)</p> <p>(5) 心房負荷像 (有〔右房, 左房, 両房〕・無)</p> <p>(6) 病的な不整脈 (種類 ) (有・無)</p> <p>(7) 心筋障害像 (所見 ) (有・無)</p>	<p>平成 年 月 日撮影</p> 
<p>⑪ 備考</p>	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 所 在 地</p> <p>診療担当科名 医師氏名 ㊦</p>	

◎ 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。

◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。


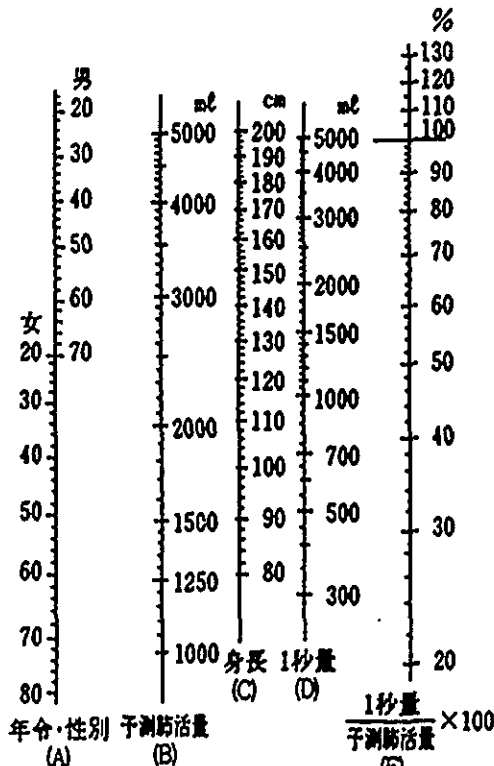
(日本工業規格A列4番)

(裏面)

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遅くなることがありますので、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。
- ㊦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つ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。

(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	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住所			④ 障害の原因となつた傷病名	主要疾病 合併症
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑥ 傷病発生年月日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有 ( 年後) ・無
⑨ 身体計測 身長 cm : 体重 kg		⑭		
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 胸廓変形なし・軽・中・高 カ 心縦隔の変形なし・軽・中・高   撮影 平成 年 月 日				
⑪ 活動能力の程度 ア 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆつくりならのぼれる イ 階段をゆつくりでものぼれないが、途中休み休みのぼれる ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるがゆつくりなら歩ける エ ゆつくりでも少し歩くと息切れがする オ 息苦しくて身のまわりのこともできない		⑮ 現在までの治療内容等		
⑫ 安静度 1度 2度 3度 4度 5度 6度		⑯ その他の障害又は病状 臨床所見		
⑬ 換気機能 (平成 年 月 日) ア 予測肺活量 _____ ml イ 1秒量 _____ ml ウ 予測肺活量1秒率 $(=\frac{イ}{ア} \times 100)$ _____ % (ア、ウについては⑩欄のノモグラムを使用してください。)		⑰ 備考		
上記のとおり診断します。 平成 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、記入する必要がありません。  
 ● 字は楷書ではつきりと書いてください。 (日本工業規格A列4番)

(裏面)

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つ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 ⑫の欄には、「結核の治療指針」（厚生省）の安静度について該当するものを○で囲んでください。
- 6 ⑭の欄のノモグラムの使い方は、次のとおりです。  
（A）と（C）とから、（B）上に Baldwin の予測式による予測肺活量が得られる。  
（B）と（D）とから、（E）上に予測肺活量に対する 1 秒率が得られる。
- 7 ⑮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。
- 8 この診断書の外に胸部 X 線写真を添えてください。

(表面)

障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（じん臓疾患用）				
① (ふりがな) 氏名	-----	男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住所			④ 疾病の原因となつた傷病名	
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有 ( 年後)・無
現 症	⑨ 臨床所見(該当する項目が有の場合、それを裏付ける所見を〔 〕に記入してください。)		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) 尿毒症性心包炎 (有・無)〔 〕 (2) 尿毒症性出血傾向(有・無)〔 〕 (3) 尿毒症性中枢神経(有・無)〔 〕 症状 (4) じん性浮腫 (全身・軽度・無) (日間)〔 〕 (5) その他の臨床所見( )		(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) 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの	
⑩ じん機能検査成績(平成 年 月 日)		⑫ 人工透析療法の実施状況		
(1) 内因性クレアチンクリアランス値 ( ml/分)・測定不能 (2) 血清クレアチン濃度 ( mg/dl) (3) 血清尿素窒素濃度 ( mg/dl) (4) 尿所見( ・尿たん白1日量 g) (5) 24時間尿量 ( ml/日) (6) その他参考となる検査所見		有 (回数 /週・期間 ) 無		
⑬ 備考				
上記のとおり診断します。 平成 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。

◎字は楷書ではつきりと書いてください。

(日本工業規格A列4番)

(裏面)

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つ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 じん機能の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。  
なお、人工透析療法を受けている者の場合は、当該療法実施前の検査成績により記入してください。

(表 面)

障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（ <sup>肝臓</sup> 血液疾患及びその他の疾患用）			
① 氏名	(ふりがな) -----	男・女	② 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住所	④ 疾病の原因となつた傷病名		
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	推定確認	⑧ 将来再認定の要 有 ( 年後) ・無
現 症	⑨ 肝臓疾患		
	1 臨床所見 黄疸 (有・無) 悪心 (有・無) かゆみ (有・無) 浮腫 (有・無) 肝臓肥大 (有・無) 脾臓肥大 (有・無) 腹壁静脈怒張 (有・無) 食道静脈瘤 (有・無) 吐血の既往歴 (有・無) 腹水 (高度・中等度・軽度・無) (昭和 平成 年 月 日～昭和 平成 年 月 日) 発熱 (頻発・普通・無) (昭和 平成 年 月 日～昭和 平成 年 月 日) 疼痛 (有・無) (昭和 平成 年 月 日～昭和 平成 年 月 日) 意識障害発作 (有( 回)・無) (昭和 平成 年 月 日～昭和 平成 年 月 日) その他の臨床所見 ( )		
2 肝機能検査成績			
検査系列	検査項目	検査成績	
		検査年月日	検査年月日
A	血清総たん白	g/dl	g/dl
	A/G (吉川・斉藤法)		
	Z T T (Kunkel法)	単位	単位
B	黄疸指数 (Meulengracht法)		
C	G O T	単位	単位
	G P T	単位	単位
D	アルカリフォスファターゼ (Bessey法)	単位	単位
	アルカリフォスファターゼ (Kind-King法)	単位	単位

現	<p>⑩ 血液疾患</p> <p>1 臨床所見</p> <p>立ちくらみ (有・無)</p> <p>動悸 (有・無)</p> <p>息切れ (有・無)</p> <p>出血傾向 (有・無)</p> <p>発熱 (有・無)</p> <p>感染 (有・無)</p> <p>輸血の回数及び量 昭和 年 月 日～ 平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">回計 cc</p> <p>その他の臨床所見</p>	<p>2 血液検査成績(平成 年 月 日)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>検査項目</th> <th>検査成績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">末梢血液</td> <td>血色素量</td> <td>g/dl %</td> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td><math>\times 10^4 / \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>網赤血球</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td><math>/ \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>顆粒球数</td> <td><math>/ \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>病的細胞</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td><math>\times 10^4 / \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">骨</td> <td>有核細胞数</td> <td><math>\times 10^4 / \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>巨核球数</td> <td><math>/ \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>リンパ球</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">髄</td> <td>E / M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>病的細胞</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table>		検査項目	検査成績	末梢血液	血色素量	g/dl %	赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	網赤血球	%	白血球数	$/ \text{mm}^3$	顆粒球数	$/ \text{mm}^3$	病的細胞	%	血小板数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	骨	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	巨核球数	$/ \text{mm}^3$	リンパ球	%	髄	E / M		病的細胞	%
		検査項目	検査成績																													
末梢血液	血色素量	g/dl %																														
	赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$																														
	網赤血球	%																														
	白血球数	$/ \text{mm}^3$																														
	顆粒球数	$/ \text{mm}^3$																														
	病的細胞	%																														
	血小板数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$																														
骨	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$																														
	巨核球数	$/ \text{mm}^3$																														
	リンパ球	%																														
髄	E / M																															
	病的細胞	%																														
症	<p>⑪ その他の疾患</p> <p>1 症状</p>	<p>2 臨床検査</p>																														
	<p>⑫ 安静を要する程度</p> <p>1 絶対安静</p> <p>2 ベッド上の安静</p> <p>3 必要時のみ室内歩行(30分以内)</p> <p>4 室内歩行はよい(1時間以内)</p>	<p>5 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)</p> <p>6 普通人の2分の1程度の労働はよい</p> <p>7 軽労働はよいが重労働は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる。</p> <p>8 疲れない程度の普通の生活</p>																														
備考	<p>⑬</p>																															
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 所 在 地</p> <p>診療担当科名 医師氏名 ㊟</p>																																

◎ 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。

◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(裏面)

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、障害者本人又は父母等の申立てによつ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 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か月以上の間隔をおくこと。）をそれぞれ記入してください。
- 5 血液の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。
- 6 ⑩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。
- 7 ⑫の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」（厚生省）に掲げる安静度表に準拠してください。
- 8 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。



(表 面)

障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（精神障害用）			
① 氏名	-----	男・女	② 生年月日 昭和 年 月 日 平成
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 合併精神障害 合併身体障害	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日	⑥ 合併症 精神障害 身体障害
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 年 月 日 平成		⑧ 将来再認定の要 有（ 年後）・無
⑨ 現病歴（陳述者より聴取） ア 発病以来の病状と経過			
		陳述者の氏名	患者との続柄
イ 発病以来の治療歴 (病院名)(治療期間)(入院・外来別)(主な療法)(転帰)			
(7) 年 月～年 月 入・外			
(4) 年 月～年 月 入・外			
(9) 年 月～年 月 入・外			
(2) 年 月～年 月 入・外			
現	⑩ 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, ) 2 記憶障害 3 学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他( ) 4 遂行機能障害 5 注意障害 6 その他( )	
	⑪ 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( )	
	⑫ 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)	
	⑬ 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情鈍麻 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( )	
	⑭ 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 器物破損 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( )	
	⑮ 性格特徴		
症	⑯ 日常生活能力の程度	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 { 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 }
	⑰ 要留意度	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	
⑱ 備考			
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 診療担当科名 医師氏名 印			

◎ 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がありません。  
◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。(日本工業規格A列4番)

(裏面)

記入上の注意

- 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ると認定が遅くなることがありますので、できるだけ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。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。
- 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、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から⑬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。
- 5 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⑩の欄に記入してください。
- 6 ⑯の欄は、⑩から⑭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。
- 7 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正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正相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」は記入する必要がありません。



#### 注意

- 1 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 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つ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つ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 ⑩の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとしてください。
- 5 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。

(表面)

特別障害者手当認定診断書 (聴覚, 平衡機能, そし障害用) (やく, 音声言語機能)																											
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日																								
③ 住所	④ 障害の原因となつた傷病名																										
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 傷病発生日 年 月 日	昭和 平成 年 月 日																								
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	⑧ 将来再認定の	有( 年後)・無																								
現 症	⑨ 聴力検査成績 (純音聴力) (イ) 聴力(新規格) <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (dB値で記入) (ロ) 聴力(旧規格) <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (dB値で記入)			500	1000	2000	右				左					500	1000	2000	右				左				⑩ 平衡機能障害 (イ) 閉眼起立 (可能・不能) (ロ) 10m歩行 (可能・不能) (手すり等は使用しない)
		500	1000	2000																							
右																											
左																											
	500	1000	2000																								
右																											
左																											
⑪ そしやく機能障害 (イ) 流動食以外の摂取 (可能・不能) (ロ) 食餌が常に口からこぼれ出る (出る・出ない) (イ) 一日の大半を食事に要する (要する・要しない)																											
⑫ 音声言語機能障害	(イ) 音声言語の状態 (喪失・著障・軽障) (ロ) 意志の伝達に身振り, 書字が必要 (要・不要)																										
⑬ 備考																											
上記のとおり診断します。 平成 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 ㊦																											

◎ 裏面をよく読んでから記入してください。

◎ 字は楷書ではつきり書いてください。




(日本工業規格A列4番)

(裏面)

注意

- 1 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 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つ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の欄のデシベル値は、話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 昭和 57 年 8 月 14 日改正後の JIS 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨(イ)の聴力レベル(新規格)の欄に記入し、同日改正前の JIS 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨(ロ)の聴力損失(旧規格)の欄に記入してください。なお、オーディオメータによる測定値が聴力レベルで表される場合には、製品に必ず聴力レベルであることの表示が行われているので確認してください。
- 6 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。

(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (肢体不自由用)														
① (ふりがな) 氏名						男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日						
③ 住所						④ 障害の原因となつた傷病名								
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 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日							
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日					⑧ 将来再認定要の	有 ( 年後) ・無							
⑨ 現 症														
<p>1</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>正面</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>背面</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>左 右</p> </div> </div> <div style="margin-top: 10px;"> <p>■ 欠損部分              □ 知覚喪失部分              ▨ 知覚鈍麻部分              ▩ 知覚異常部分              * その他の障害の部分</p> </div> <p style="text-align: center;">(注) 褥瘡<sup>Ulc</sup> 瘻管<sup>Wound</sup> 痕<sup>Scar</sup> も記入してください。</p>														
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○で囲んでください) 弛緩性・痙性・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○で囲んでください) 脳性・脊髄性・末梢神経性・筋性・その他														
(4) 諸反射検査														
	上肢 <sup>Ulc</sup> 震反射			下肢 <sup>Ulc</sup> 震反射			バビンスキー反射		その他の病的反射					
右														
左														
(5) ほうこう・直腸麻痺………有・無														
5 手指の関節の可動域	部 位		母 指		示 指		中 指		環 指		小 指		6 握力	右 ( kg)
			屈曲	伸展	屈曲	伸展	屈曲	伸展	屈曲	伸展	屈曲	伸展		左 ( kg)
	中手指節間関節 (MP)		右	度	度	度	度	度	度	度	度	度	7 人工骨関節装 着の状態 手術日 昭和 平成 年 月 日	
			左	度	度	度	度	度	度	度	度	度		
近位指節間関節 (PIP) (母指では指節間関節)		右	度	度	度	度	度	度	度	度	度			
		左	度	度	度	度	度	度	度	度	度			

8 関節可動域及び筋力(首・体幹・四肢)	部位	運動の種類	右					左				
			関節可動域		関節運動筋力			関節可動域		関節運動筋力		
			他動範囲	強直肢位	正常又はやや減	半減	著減又は消失	他動範囲	強直肢位	正常又はやや減	半減	著減又は消失
首												
体幹												
肩関節												
肘関節												
手関節												
股関節												
膝関節												
足関節												
⑩ 補用状況	1 常時(起床から就寝まで使用) 2 ときどき使用 3 使用せず		ア 義手 オ つえ ケ 補助用小道具	イ 義足 エ 松葉づえ コ その他(具体的に)	ウ 上肢補装具 キ 車いす	エ 下肢補装具 ク 歩行車						
⑪ 日常生活動作の障害程度	ひとりでもうまくできる場合……………○ 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……………×		を付けること。		② 4の場合 8と9の場合	5秒以内に行ける……○ 10秒 // ……△ 10秒ではできない……× 30秒以内に行ける……○ 1分 // ……△ 1分ではできない……×						
			補助具等 使用しない 使用				補助具等 使用しない 使用					
1	つまむ(新聞紙が引き抜けない程度)	右			10	スボンの着脱(どのような姿勢でもよい)						
2	握る(丸めた週刊誌が引き抜けない程度)	左			11	靴下をはく(どのような姿勢でもよい)						
3	タオルを絞る(水をきれ程度)	両手			12	すわる(正座・横すわり、あぐら、脚なげ出し(このような姿勢を持続する))						
4	とじひもを結ぶ	両手			13	歩く	屋内 戸外					
5	食事をする	右			14	片足で立つ	右					
6	顔を洗う(顔に手のひらをつける)	左			15	立ち上る						
7	排便の処置をする(痔のところに手をやる)	左			16	階段をのぼる						
8	かぶりシャツを着て脱ぐ	左			17	階段をおりる						
9	ワイシャツのボタンをとめる	右										
② 補助具等の使用欄には、支持(立ち上る場合)及び手すり(階段の昇降の場合)を要した場合を記入すること。												
⑫ 備考												
上記のとおり診断します。 平成 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。
- 字は楷書ではつきりと書いてください。



(裏面)

注意

- 1 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つ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の欄は、次によつてください。
  - (1) 1の図は、障害の種類に応じてそれぞれの部位を塗りつぶしてください。
  - (2) 3の「四肢長」の測定は、上肢長については肩峰から橈骨茎状突起まで、下肢長については、腸骨前上棘から肉果までの距離を測ってください。
  - (3) 4の「障害の起因部位」が心因性的なものと思われる場合は、「その他」のところを○で囲んでください。
  - (4) 5及び8の「関節の可動域」は、関節角度計を使用してください。また、運動障害のある部位について、運動の方向別に解剖学的肢位を0°（前腕については手掌面が矢状面にある状態を0°とし、肩関節の水平屈曲伸展計測については外転90°位を0°とする。）とした測定方法（昭和49年6月日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた測定方法）により測定した最大可動域を記入してください。

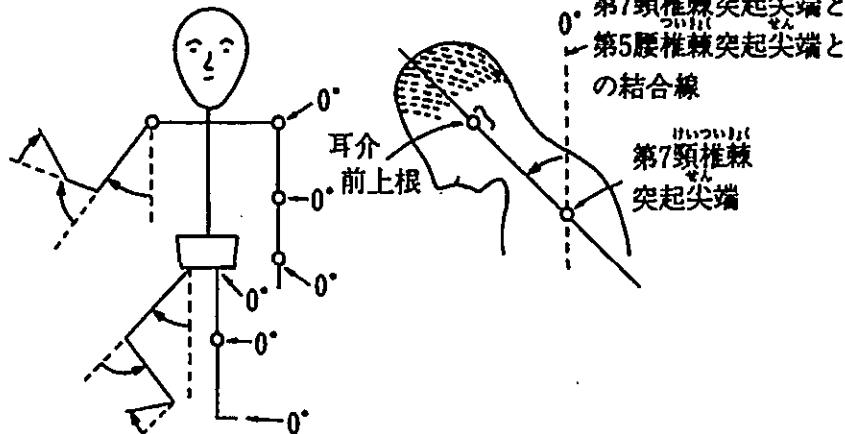
四肢の角度の測り方

例

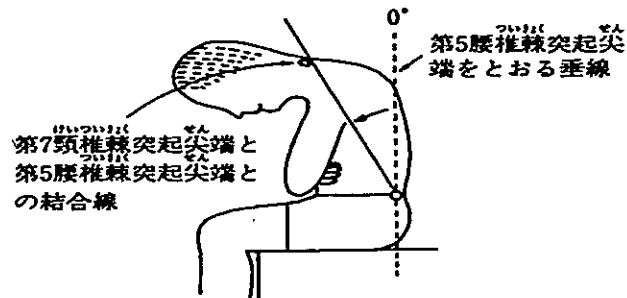
- ア 自然起立姿勢で四肢関節がとる位置は、次のような角度になります。  
肩関節0°、肘関節0°、手関節0°、股関節0°、膝関節0°、足関節0°(図A参照)
- イ 四肢の運動角度は、図Aの ↘ の角度を記入してください。
- ウ 首・体幹の運動角度は、図B・Cの ↘ の角度を記入してください。  
なお、自然起立位で体幹がとる位置は、すべて0°とします。

A (基本肢位と角度) 測足の方向

B (首前屈・後屈)

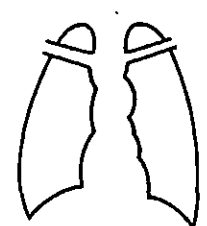


C (体幹前屈・後屈)



- (5) 8の筋力の程度を表す具体的な「程度」は次のとおりです。
- 正 常……検者が手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合
  - やや減……検者が手を置いた程度の抵抗を排して自動可能な場合
  - 半 減……検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合 (筋力テスト3)
  - 著 減……自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような肢位では自動可能な場合 (筋力テスト1又は2)
  - 消 失……いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合 (筋力テスト0)

(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (心臓疾患用)			
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住所		④ 疾病の原因となつた傷病名	
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要 有 ( 年後) ・無
現 症	⑨ 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 心臓ペースメーカー装置 (有 (昭和 年月日装着) ・無) 13 人工弁装置 (有 (昭和 年月日装着) ・無) 14 その他の臨床所見		⑩ 活動能力の程度 1 普通の活動でも心不全症状又は狭心症症状が起こらないもの 2 家庭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 3 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 4 自己の身の動作でも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
	⑩ 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) 6 心拍数に対する脈拍数の欠損 ( /分) 7 S T の低下 (有 mV・無) 8 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導 (ただし、V <sub>1</sub> を除く。) のいずれかのT波の逆転 (有・無)		 心胸比 %
⑫ 安静を要する程度 1 絶対安静 2 ベッド上の安静 3 必要時のみ室内歩行 (30分以内) 4 室内歩行はよい (1時間以内)		5 一定時間内の屋外歩行はよい (1.5時間以内) 6 普通人の2分の1程度の労働はよい 7 軽労働はよいが重労働は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる 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。 平成 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 ㊦			

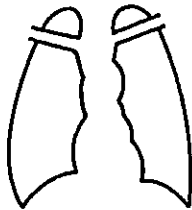
㊥ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。  
 ㊦ 字は楷書ではつきりと書いてください。 (日本工業規格A列4番)

(裏 面)

注意

- 1 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つ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 ⑫の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」(厚生省)に掲げる安静度表に準拠してください。

(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (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	明治 大正 昭和 平成	年 月 日			
③ 住 所			④ 障害の原因となつた傷病名	主要疾病 合併症				
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成	年 月 日	⑥ 傷病発生日	昭和 平成	年 月 日			
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成	年 月 日	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			⑭ 現在までの治療内容等				
		⑩ 胸部X線所見				⑮ その他の障害又は病状臨床所見		
		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 廓 変 形	なし・軽・中・高						
カ	心 縦 隔 の 変 形	なし・軽・中・高						
		撮 影						
		平成 年 月 日						
⑪ 活動能力の程度			⑮ その他の障害又は病状臨床所見					
ア 階段を人並みの速さで昇れないが、ゆつくりなら昇れる								
イ 階段をゆつくりでも昇れないが途中休み休みなら昇れる								
ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるがゆつくりなら歩ける								
エ ゆつくりでも少し歩くと息切れがする								
オ 息苦しくて身のまわりのこともできない								
⑫ 安静度								
1度 2度 3度 4度 5度 6度								
⑬ 換気機能 (平成 年 月 日)								
ア 予測肺活量 ml								
イ 1 秒 量 ml								
ウ 予測肺活量1秒率 % ( $= \frac{イ}{ア} \times 100$ )								
(ア, ウについては裏面のノモグラムを使用してください)								
エ 動脈血O <sub>2</sub> 分圧 mmHg								
オ 動脈血CO <sub>2</sub> 分圧 mmHg								
⑯ 備考								
上記のとおり診断します。 平成 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 ㊟								

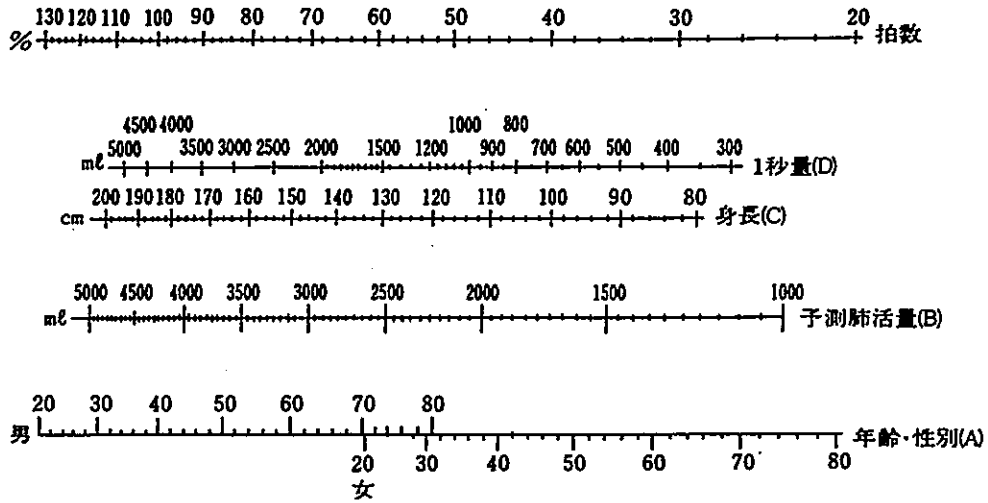
◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄は、記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(日本工業規格A列4番)

(裏面)

ノモグラム



注意

- 1 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つ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つ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 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 ⑫の欄には、「結核の治療指針」(厚生省)の安静度について該当するものを○で囲んでください。
- 6 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。  
この診断書の外に胸部X線写真を添えてください。
- 7 ノモグラムの使い方は次のとおりです。
  - (1) (A)と(C)から、(B)上にBaldwinの予測式による予測肺活量が得られる。(B)と(D)から(E)上に予測肺活量に対する1秒率が得られる。
  - (2) (D)を1秒量の代わりに実測肺活量とすれば、(B)と(D)とから(E)上にパーセント肺活量が得られる。
  - (3) (B)に実測肺活量を代入すれば、(B)と(D)とから(E)上に通常の1秒率が得られる。

(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (じん臓疾患用)			
① 氏名 (ふりがな)		男・女	② 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住所	④ 疾病の原因となつた傷病名		
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 平成 年 月 日	⑥ 傷病発生日 年 月 日		昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日 昭和 平成 年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有( 年後)・無	
現	⑨ 臨床所見 (該当する項目が有の場合は、それを裏付ける所見を〔 〕に記入して下さい。)		⑩ 活動能力の程度
	1 尿毒症性心包炎 (有・無) { } 2 尿毒症性出血傾向 (有・無) { } 3 尿毒症性中枢神経症状 (有・無) { } 4 じん性浮腫 (全身・軽度・無) ( 日間) { } 5 その他の臨床所見 { }		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 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの
症	⑪ じん臓機能検査成績 (平成 年 月 日)		⑫ 人工透析療法の実施状況
	1 内因性クレアチニンクリアランス値 ( ml/分) ・測定不能 2 血清クレアチニン濃度 ( mg/dl) 3 血清尿素窒素濃度 ( mg/dl) 4 尿所見 ( ・尿たん白1日量 g) 5 24時間尿量 ( ml/日) 6 その他の参考となる検査所見		有 (回数 /週・期間) 無
	⑬ 安静を要する程度		⑭ 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)
	1 絶対安静 2 ベッド上の安静 3 必要時のみ室内歩行 (30分以内) 4 室内歩行はよい (1時間以内)		5 普通の人の2分の1程度の労働はよい 6 軽労働はよいが重労働は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる。 7 疲れない程度の普通の生活
⑭ 備考			
上記のとおり診断します。 平成 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。
- ◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(日本工業規格 A 列 4 番)

(裏面)

注意

- 1 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、別の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つ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つ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 じん機能の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。  
なお、人工透析療法を受けている者の場合は、当該療法実施前の検査成績により記入してください。
- 5 ⑬の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」(厚生省)に掲げる安静度表に準拠してください。





現	⑩ 血液疾患 1 臨床所見 立ちくらみ (有・無) 動悸 (有・無) 息切れ (有・無) 出血傾向 (有・無) 発熱 (有・無) 感染 (有・無) 輸血の回数及び量 昭和 年 月 日～ 平成 年 月 日 回計 cc その他の臨床所見	2 血液検査成績(平成 年 月 日) <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>検査項目</th> <th>検査成績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7">末梢血液</td> <td>血色素量</td> <td>g/dl %</td> </tr> <tr> <td>赤血球数</td> <td><math>\times 10^4 / \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>網赤血球</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>白血球数</td> <td><math>/ \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>顆粒球数</td> <td><math>/ \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>病的細胞</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td><math>\times 10^4 / \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">骨髄</td> <td>有核細胞数</td> <td><math>\times 10^4 / \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>巨核球数</td> <td><math>/ \text{mm}^3</math></td> </tr> <tr> <td>リンパ球</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>E / M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>病的細胞</td> <td>%</td> </tr> </tbody> </table>		検査項目	検査成績	末梢血液	血色素量	g/dl %	赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	網赤血球	%	白血球数	$/ \text{mm}^3$	顆粒球数	$/ \text{mm}^3$	病的細胞	%	血小板数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	骨髄	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	巨核球数	$/ \text{mm}^3$	リンパ球	%	E / M		病的細胞	%
		検査項目	検査成績																												
末梢血液	血色素量	g/dl %																													
	赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$																													
	網赤血球	%																													
	白血球数	$/ \text{mm}^3$																													
	顆粒球数	$/ \text{mm}^3$																													
	病的細胞	%																													
	血小板数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$																													
骨髄	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$																													
	巨核球数	$/ \text{mm}^3$																													
	リンパ球	%																													
	E / M																														
病的細胞	%																														
⑪ その他の疾患 1 症状	2 臨床検査																														
症	⑫ 安静を要する程度 1 絶対安静 2 ベッド上の安静 3 必要時のみ室内歩行 (30分以内) 4 室内歩行はよい (1時間以内)	5 一定時間内の屋外歩行はよい (1.5時間以内) 6 普通人の2分の1程度の労働はよい 7 軽労働はよいが重労働は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる。 8 疲れない程度の普通の生活																													
	⑬ 活動能力の程度 1 無症状で社会活動ができ、制限を受けることなく、発病前と同等にふるまえる 2 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行・軽労働や坐業はできる。例えば、軽い家事・事務など 3 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助のいることもある。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している 4 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している 5 身のまわりのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている																														
備考	⑭																														
上記のとおり診断します。 平成 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。

◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(裏面)

注意

- 1 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つ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つ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 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か月以上の間隔をおくこと。)をそれぞれ記入してください。
- 5 血液の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。
- 6 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。
- 7 ⑫の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」(厚生省)に掲げる安静度表に準拠してください。
- 8 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。

(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (精神障害用)			
① 氏 名	-----	男・女	② 生年月日 昭和 年 月 日 平成 年 月 日
③ 住 所			④ 障害の原因となつた傷病名
⑤ 傷病発生年月	主な精神障害 昭和 年 月 日 合併精神障害 昭和 年 月 日 合併身体障害 昭和 年 月 日	⑥ 合併症	精神障害 身体障害
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 年 月 日 平成 年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 ( 年後 ) ・ 無
⑨ 現病歴 ( 陳述者より聴取 ) ア 発病以来の病状と経過	陳述者の氏名 _____ 患者との続柄 _____ イ 発病以来の治療歴 ( 病院名 ) ( 治療期間 ) ( 入院・外来別 ) ( 主な療法 ) ( 転帰 ) ( ㉞ ) 年 月 ~ 年 月 入・外 ( ㉟ ) 年 月 ~ 年 月 入・外 ( ㊱ ) 年 月 ~ 年 月 入・外 ( ㊲ ) 年 月 ~ 年 月 入・外		
現	⑩ 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, ) 2 記憶障害 3 学習の困難 ア読み イ書き ウ算数 エその他 ( ) 4 遂行機能障害 5 注意障害 6 その他 ( )	
	⑪ 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 ( )	
	⑫ 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)	
	⑬ 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情鈍麻 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 ( )	
	⑭ 問題行動及び習癖	1 興奮 2 暴行 3 異動 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 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 ( )	
	⑮ 性格特徴		
症	⑯ 日常生活能力の程度	1 食 事 ( ・ひとりのできる・介助があればできる・できない ) 2 用便 ( 月経 ) の始末 ( ・ひとりのできる・介助があればできる・できない ) 3 衣服の着脱 ( ・ひとりのできる・介助があればできる・できない ) 4 簡単な買物 ( ・ひとりのできる・介助があればできる・できない ) 5 家族との会話 ( ・通じる ・少しは通じる ・通じない ) 6 家族以外の者との会話 ( ・通じる ・少しは通じる ・通じない ) 7 刃物・火の危険 ( ・わかる ・少しはわかる ・わからない ) 8 戸外での危険 ( 交通事故 ) ( ・守ることができ ・不十分ながら守る ・守ることがから身を守る ) ( きる ことができる できない )	
	⑰ 要注意度	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	
⑱ 備 考			
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 _____ 医師氏名 _____ 印 診療担当科名 _____			

◎ 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がありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

(日本工業規格A列4番)

(裏面)

記入上の注意

- 1 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りますと認定が遅くなることがありますので、できるだけ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。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。
- 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、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から⑬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。
- 5 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⑩の欄に記入してください。
- 6 ⑯の欄は、⑩から⑭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。
- 7 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正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正相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」は記入する必要がありません。