

診断書提出時の状況欄 (区市町村にて記入)				審査欄 (東京都にて記入)		
受給者	受給者記号番号	東特第	号	結果	該・否	1級()号・2級()号・非該当
	氏名				有期限	有期 年・無期
対象児童	等級	特児 級 (単独・重複) 重複障害名		所見		
	有期	令和	年 月			
	身体障害者手帳	級 (平成・令和 年 月 交付)		審査年月日	令和 年 月 日	
	障害名	()		審査医師名		
	愛の手帳	度	年 月 判定			

様式第5号

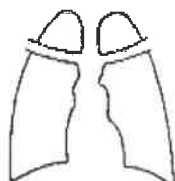
特別児童扶養手当認定診断書

(呼吸機能障害用)

(ふりがな) 氏名		平成 令和 年 月 日生 (歳)		男・女	
住所		住所地の郵便番号 ()		都市 町 区 村	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		平成 令和 年 月 日	
		③ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成 令和 年 月 日	
④ 傷病の原因又は誘因		⑤ 既存障害		⑥ 既往歴	
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 ……治った日 平成・令和 年 月 日 (推定・確認)			
		傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明			
⑧ 診断書作成医療機関における初診時見初診年月日 (平成・令和 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項 (抗結核科学療法を行った場合は、使用薬剤名及び使用期間を明記してください。)		診療回数		年間 回、月平均 回	
		手術歴		手術名 () 手術年月日 (年 月 日)	
障 害 の 状 態					
⑩ 共通項目 (この欄は、必ず記入してください。 (3については、該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。))					
1 身体計測 (令和 年 月 日)		身長 cm : 体重 kg		3 一般状態区分表 (令和 年 月 日)	
2 胸部X線所見 (A)		(A図)		(該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) (但し、乳幼児では、揚げた内容に相当すると考えられる状態とする)	
(1) 胸膜癒着		なし・軽・中・高		I 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もの	
(2) 気腫化		なし・軽・中・高		II 軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動や産業はできるもの	
(3) 縦維化		なし・軽・中・高		III 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り、軽い運動はできないが、日中の50%以上は起居しているもの	
(4) 不透明肺		なし・軽・中・高		IV 身のまわりのある程度はできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの	
(5) 胸郭変形		なし・軽・中・高		V 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おり、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの	
(6) 心縦隔の変形		なし・軽・中・高			
(7) 蜂巣肺		なし・軽・中・高			
4 臨床所見		5 換気機能 (令和 年 月 日)			
(1) 自覚症状		(2) 他覚所見		(1) 肺活量実測値 (VC) _____ ml	
咳 (無・有・著)		肺性心所見 (無・有)		(2) 予測肺活量 _____ ml	
痰 (無・有・著)		チアノーゼ (無・有)		(3) 努力性肺活量 (FVC) _____ ml	
胸痛 (無・有・著)		ばち状指 (無・有)		(4) 1秒量 (FEV1.0) _____	
呼吸困難		栄養状態 (良・中・不良)		(5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) _____ (4) / (3) × 100	
安静時 (無・有・著)		ラ音 (有・一部・広範囲)		(6) 予測肺活量1秒率 _____ (4) / (2) × 100	
体動時 (無・有・著)				6 動脈血ガス分析(酸素吸入をしないで)及び経皮酸素飽和度	
喘鳴 (無・有・著)				(令和 年 月 日)	
(3) その他の所見				(1) 動脈血 O ₂ 分圧 _____ Torr	
				(2) 動脈血 CO ₂ 分圧 _____ Torr	
				(3) 動脈血 pH _____	
				(4) 経皮酸素飽和度 _____ %	
				7 在宅酸素療法	
				(1) 無・有 (令和 年 月 日開始)	
				施行時期(_____ 時間/日・常時)	
				酸素吸入量 _____ ℓ/分	
				(2) 酸素療法中の動脈血ガス分析	
				①動脈血 O ₂ 分圧 _____ Torr	
				②動脈血 CO ₂ 分圧 _____ Torr	
8 その他の所見					

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

⑪ 肺結核症 (令和 年 月 日現症)

<p>1 胸部X線所見(B)</p> <p style="text-align: center;">初診時(平成・令和 年 月 日)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>前頁のA図のX線 所見の日本結核病 学会分類を記入し してください。</p> <p>↓</p> </div> </div> <table style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">病側</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">左</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">両</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">左</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">両</td> </tr> <tr> <td>日本結核病 学会分類</td> <td>病巣の拡がり</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td></td> <td>病型</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> </tr> </table>		病側	右	左	両		右	左	両	日本結核病 学会分類	病巣の拡がり	1	2	3		1	2	3		病型	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	<p>2 結核菌検査成績</p> <p>(現在陰性のときはその旨と最終陽性時期を併記してください。) 検査材料(たん、喉頭粘液、気管支洗液、胃液、穿刺液)</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">塗抹</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">培養</td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td>+</td> <td>(ガフキー 号)</td> <td>+</td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td>+</td> <td>(ガフキー 号)</td> <td>+</td> </tr> </table> <p>3 その他の所見</p> <p style="text-align: right;">(結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無)</p>		塗抹		培養	令和 年 月 日	+	(ガフキー 号)	+	令和 年 月 日	+	(ガフキー 号)	+
	病側	右	左	両		右	左	両																																			
日本結核病 学会分類	病巣の拡がり	1	2	3		1	2	3																																			
	病型	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V																																
	塗抹		培養																																								
令和 年 月 日	+	(ガフキー 号)	+																																								
令和 年 月 日	+	(ガフキー 号)	+																																								
<p>4 安静を要する程度</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">1度 絶対安静</td> <td style="width: 50%;">5度 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)</td> </tr> <tr> <td>2度 ベット上の安静</td> <td>6度 健康な人の2分の1程度の運動はよい</td> </tr> <tr> <td>3度 必要時のみ室内歩行(30分以内)</td> <td>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。</td> </tr> <tr> <td>4度 室内歩行はよい(1時間以内)</td> <td>8度 疲れない程度の普通の生活</td> </tr> </table>		1度 絶対安静	5度 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)	2度 ベット上の安静	6度 健康な人の2分の1程度の運動はよい	3度 必要時のみ室内歩行(30分以内)	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。	4度 室内歩行はよい(1時間以内)	8度 疲れない程度の普通の生活																																		
1度 絶対安静	5度 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)																																										
2度 ベット上の安静	6度 健康な人の2分の1程度の運動はよい																																										
3度 必要時のみ室内歩行(30分以内)	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。																																										
4度 室内歩行はよい(1時間以内)	8度 疲れない程度の普通の生活																																										
<p>⑫ 気管支喘息 (令和 年 月 日現症)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p>1 時間の経過と病状</p> <p>(1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。 (2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。</p> <p>2 ピークフロー値 (PEFR) 最近(1ヶ月程度の期間)の 最高値 _____ L/分、最低値 _____ L/分、平均 _____ L/分 (但し慢性安定期であることを前提とし、発作時の成績は除く)</p> </td> <td style="width:50%; vertical-align: top;"> <p>5 入院歴</p> <p>入院歴 有 ・ 無 (過去2年間に喘息のために入院した場合は、その期間を記入)</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>3 発作の強度</p> <p>(1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難 (2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい (3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通 (4) その他 ① 喘鳴のみ ② 急ぐと苦しい ③ 急いでも苦しくない</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>4 発作の頻度</p> <p>(1) 1週に 5日以上 (2) 1週に 3 ~ 4日 (3) 1週に 1 ~ 2日 (4) その他</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <p>6 治療 (治療で使用している薬剤に○をつけ必要事項を記入してください。)</p> <p>(1) 経口ステロイド薬 発作時のみ 連用 _____ (投与量 _____ /日)</p> <p>(2) 吸入ステロイド薬 薬剤名(_____)、(投与量 _____ /日)</p> <p>(3) その他の薬剤 長時間作用性β2刺激剤薬 ロイコトリエン受容体拮抗薬 抗アレルギー薬 テオフィリン徐放製薬 その他(_____)</p> </td> </tr> </table>		<p>1 時間の経過と病状</p> <p>(1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。 (2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。</p> <p>2 ピークフロー値 (PEFR) 最近(1ヶ月程度の期間)の 最高値 _____ L/分、最低値 _____ L/分、平均 _____ L/分 (但し慢性安定期であることを前提とし、発作時の成績は除く)</p>	<p>5 入院歴</p> <p>入院歴 有 ・ 無 (過去2年間に喘息のために入院した場合は、その期間を記入)</p>	<p>3 発作の強度</p> <p>(1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難 (2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい (3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通 (4) その他 ① 喘鳴のみ ② 急ぐと苦しい ③ 急いでも苦しくない</p>	<p>4 発作の頻度</p> <p>(1) 1週に 5日以上 (2) 1週に 3 ~ 4日 (3) 1週に 1 ~ 2日 (4) その他</p>	<p>6 治療 (治療で使用している薬剤に○をつけ必要事項を記入してください。)</p> <p>(1) 経口ステロイド薬 発作時のみ 連用 _____ (投与量 _____ /日)</p> <p>(2) 吸入ステロイド薬 薬剤名(_____)、(投与量 _____ /日)</p> <p>(3) その他の薬剤 長時間作用性β2刺激剤薬 ロイコトリエン受容体拮抗薬 抗アレルギー薬 テオフィリン徐放製薬 その他(_____)</p>																																					
<p>1 時間の経過と病状</p> <p>(1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。 (2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。</p> <p>2 ピークフロー値 (PEFR) 最近(1ヶ月程度の期間)の 最高値 _____ L/分、最低値 _____ L/分、平均 _____ L/分 (但し慢性安定期であることを前提とし、発作時の成績は除く)</p>	<p>5 入院歴</p> <p>入院歴 有 ・ 無 (過去2年間に喘息のために入院した場合は、その期間を記入)</p>																																										
<p>3 発作の強度</p> <p>(1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難 (2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい (3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通 (4) その他 ① 喘鳴のみ ② 急ぐと苦しい ③ 急いでも苦しくない</p>	<p>4 発作の頻度</p> <p>(1) 1週に 5日以上 (2) 1週に 3 ~ 4日 (3) 1週に 1 ~ 2日 (4) その他</p>																																										
<p>6 治療 (治療で使用している薬剤に○をつけ必要事項を記入してください。)</p> <p>(1) 経口ステロイド薬 発作時のみ 連用 _____ (投与量 _____ /日)</p> <p>(2) 吸入ステロイド薬 薬剤名(_____)、(投与量 _____ /日)</p> <p>(3) その他の薬剤 長時間作用性β2刺激剤薬 ロイコトリエン受容体拮抗薬 抗アレルギー薬 テオフィリン徐放製薬 その他(_____)</p>																																											
<p>⑬ その他の障害又は 症状の所見等</p> <p>(令和 年 月 日現症)</p>																																											
<p>⑭ 現症時の日常生活 活動能力</p> <p>(必ず記入してください)</p>																																											
<p>⑮ 予 後</p> <p>(必ず記入してください)</p>																																											
<p>⑯ 備 考</p>																																											

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

上記のとおり、診断します。
病院又は診療所の名称
所 在 地

令和 年 月 日
診療担当科名
医師氏名

注 意

- 1 この診断書は、特別児童扶養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記入してください。
- 3 ③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「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)
- 5 「障害の状態」の欄は、本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。(無関係な欄は斜線により末梢してください。)なお、該当欄に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。
- 6 胸部X線所見のあるものは、この診断書の外に、胸部X線フィルムを添えてください。

受給者の方は、この説明を診断書作成の先生に必ず渡してください。

特別児童扶養手当認定診断書(呼吸機能障害用、循環器疾患の障害用、腎、肝疾患、糖尿病の障害用、血液・造血器・その他の障害用)

作成していただく先生へ(お願い)

東京都心身障害者福祉センター

この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害児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(内容が明確でない)がある場合は再度診断をお願いすることがあります**ので、できるだけ詳しく記入してください。

診断書作成の際、診断書の裏面および下記に留意の上、ご記入願います。

<一般的事項>

- 1 内科的疾患に基づく身体の障害の程度の判定にあたっては、一般的状態、臨床症状等により「**一般的状態区分表**」の一般状態区分を基準としますので、I～Vに相当する事項については**必ず記入してください**。(一般状況区分は「I」が最も軽度を「V」が最も重度を表します。)
- 2 学齡的に達するまでの乳幼児の病状の判定にあたっては、一般的状況等全身的な障害の程度を重点に記入してください。

<呼吸器の障害機能>

- 1 慢性気管支炎等器質的变化を伴う疾病は、可能な限り肺活量等検査成績を記入してください。
- 2 ぜんそく等器質的变化の少ない疾病は、頻繁な発作、胸部の変形等臨床的症状を、記入してください。
- 3 肺活量については、%肺活量と1秒率による測定値を記入してください。
- 4 動脈血ガス分析又は経皮酸素飽和度を必ず記入してください。

<循環器疾患>

- 1 呼吸困難、心悸亢進、チアノーゼ、浮腫等の臨床症状や、エックス線、心電図等の検査成績、一般的状態、治療および病状の経過等により、**診断書作成日における一般状態区分を必ず記入してください**。(一般状況区分は「I」が最も軽度を「V」が最も重度を表します。)
- 2 次の内容について記入してください。
 - (1) 心不全症状および狭心症症状(川崎病後遺症など)がどのような状況下でおこるか
 - (2) エックス線フィルムによる心胸廓係数(心胸廓比、心形、肺血管大動脈など)
 - (3) 心電図による各種病的所見
 - (4) 重症度評価に必要と思われる場合、動脈血酸素分圧または飽和度
 - (5) 手術後の症状、経過
 - (6) 乳幼児で著しい体重増加の障害
 - (7) 幼児・学童の場合は、通園・通学状況
 - (8) 血液検査によるBNP値又はNT-proBNP値(可能な限り)

<腎臓疾患>

- 1 悪心、嘔吐等の臨床症状、腎機能検査成績、一般的状態、治療および病状の経過等により診断書作成日における一般的状況区分を必ず記入してください。
- 2 ⑫腎疾患の各項1～4を必ず記入してください。

<肝臓疾患>

- 1 悪心、黄疸、腹水、意識障害等の臨床症状、肝機能の検査成績、一般状態、治療および病状の経過並びに、適切と思われる**一般状態区分を、必ず記入してください。**
- 2 次の内容について記入してください。
(肝機能検査成績は、その性質上変動しやすいので、最も適切に病状を表していると思われる検査成績に基づいて記入してください。)
 - (1) 腹水の状況
 - (2) 意識障害発作の状況
 - (3) 胆道疾患による発熱の状況
 - (4) エックス線検査による食道静脈瘤および吐血の既往歴の状況
 - (5) 肝移植後の経過
- 3 ⑭糖尿病の各項目1～6について全て記入してください。特に⑭-5インスリン療法の自己管理状況についてはもれなく記入してください。

<血液・造血器疾患>

- 1 一般状態特に治療および病状の経過に重点を置き、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績並びに、適切と思われる**一般状態区分を必ず記入してください。**
- 2 次の内容について記入してください。
(血液学的検査成績は、その性質上変動しやすいので、最も適切に病状を表していると思われる検査成績に基づいて記入してください。)
 - (1) 貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の状況
 - (2) 末梢血液像の検査成績および骨髄像の検査成績の状況

<ヒト免疫不全ウイルス感染症>

- 1 障害の範囲
 - (1) ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症による日常生活上の障害
 - (2) 副作用等治療の結果として起こる日常生活上の障害
- 2 障害認定のあり方
続発症の有無およびその程度およびCD4値等の免疫機能の低下の状態を含む検査所見、治療および病状の経過を十分考慮し、日常生活上の障害を総合的に記入してください。
- 3 下記の検査所見および臨床所見について記入してください。
 - (1) 疲労感、倦怠感、不明熱、体重減少、消化器症状の程度、出現頻度、持続時間
 - (2) 日和見感染症、悪性腫瘍の種類、重症度、既往、出現頻度
 - (3) CD4値、ヒト免疫不全ウイルス-RNA 定量値、白血球数、ヘモグロビン量、血小板数の状況
 - (4) 治療の状況(治療薬剤、服薬状況、副作用の状況)

<その他>

- 1 身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状がある場合は、その状態、および各種検査成績を詳細に記入してください。

その他、ご不明な点がありましたら、下記までご連絡ください。

東京都心身障害者福祉センター
調整課 手当担当
電話 03-3235-2949

(令和4年4月作成)