

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 氏名	受給者記号番号 東特第 号	号	結果	該否	1級( )号・2級( )号・非該当
等級 特児 級 (単独・重複) 重複障害名	有期 令和 年 月	身体障害者手帳 級 (平成・令和 年 月 交付)	所見	有期 年 無期	
障害名 (平成・令和 年 月 判定)			審査年月日	令和 年 月 日	
			審査医師名		

様式第8号

特別児童扶養手当認定診断書

(血液・造血管器、その他の障害用)

(ふりがな) 氏名		平成 年 月 日生( 歳)		男・女	
住所		住所地の郵便番号 ( )		郡市区 町区 村	
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生年月日 平成 年 月 日		診療録で確認 本人の申立て	
④ 傷病の原因又は誘因		③ ①のため初めて医師の診断を受けた日 平成 年 月 日		診療録で確認 本人の申立て	
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。		⑤ 既存障害		⑥ 既往症	
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)			
⑦ 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所見 初診年月日 (平成・令和 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の内容、反応、期間、経過、その他の参考となる事項		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)	
⑩ 現在の症状、その他参考となる事項					
⑪ 計測		身長 cm		体重 kg	
( ) 令和 年 月 日		健康時 kg		握力 右 kg 左 kg	
視野		調整能		聴力レベル 右耳 db 左耳 db	
				最良語音明瞭度 % 最大 mmHg 最小 mmHg	
⑫ 一般状態区分表 (該当するものを選んでどれか一つを○で回してください。)		(令和 年 月 日)			
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					
II 軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動や座業はできるもの					
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					
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					
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					
障 害 の 状 態					
⑬ 血液・造血管器 (令和 年 月 日現症)					
1 臨床所見		(3) 検査成績		イ 凝固系検査(令和 年 月 日)	
(1) 自覚症状		ア 末梢血液検査(令和 年 月 日)		※イの欄は、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。	
易疲労感 (無・有・著)		ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL		凝固因子活性 (第 因子) %	
動悸 (無・有・著)		網赤血球 ( ) 万/μL		vWF活性 ( ) %	
息切れ (無・有・著)		血小 板 ( ) 万/μL		インヒビター (無・有)	
発熱 (無・有・著)		白 血 球 ( ) /μL		A P T T ( )秒 (基準値 秒)	
紫 斑 (無・有・著)		好 中 球 ( ) /μL		P T ( )秒 (基準値 秒)	
月 経 過 多 (無・有・著)		リ ン 球 ( ) /μL		ウ その他の検査	
関節症状 (無・有・著)		病的細胞 ( ) %		画像検査(検査名 ) (令和 年 月 日)	
(2) 他覚所見		所見( )			
易感染性 (無・有・著)		他の検査(検査名 ) (令和 年 月 日)			
リンパ節腫脹 (無・有・著)		所見			
出血傾向 (無・有・著)					
血栓傾向 (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)					
造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合(令和 年 月 日)					
慢性GVHD (無・有) 有の場合(軽症・中等症・重症)					
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。)

⑭ その他の障害 (令和 年 月 日現症)																																											
<p>1. 症状</p> <p>(1) 自覚症状</p>     <p>(2) 他覚所見</p>	<p>2. 検査成績</p> <p>(1) 血液・生化学検査</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>単位</th> <th>施設基準値</th> <th>年月日</th> <th>年月日</th> <th>年月日</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>赤血球数</td> <td>万/μL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘモグロビン濃度</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット</td> <td>%</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(2) その他の検査成績</p>		単位	施設基準値	年月日	年月日	年月日	赤血球数	万/μL					ヘモグロビン濃度	g/dL					ヘマトクリット	%					血清総蛋白	g/dL					血清アルブミン	g/dL										
	単位	施設基準値	年月日	年月日	年月日																																						
赤血球数	万/μL																																										
ヘモグロビン濃度	g/dL																																										
ヘマトクリット	%																																										
血清総蛋白	g/dL																																										
血清アルブミン	g/dL																																										
<p>3. 人工臓器等</p> <p>(1) 人工肛門造設 無・有 手術年月日 令和 年 月 日</p> <p>(2) 尿路変更術 無・有 手術年月日 令和 年 月 日</p> <p>(3) 新膀胱造設 無・有 手術年月日 令和 年 月 日</p> <p>(4) 自己導尿の常時施行 無・有</p> <p>(5) 完全尿失禁状態 無・有 (カテーテル留置 令和 年 月 日)</p> <p>(6) その他の手術 無・有 ( ) 令和 年 月 日</p>																																											
⑮ 現症時の日常生活活動能力																																											
⑯ 予 後																																											
⑰ 備 考																																											

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。

令和 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

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 診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めています。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと認められる場合に使用してください。  
様式第1号 眼の障害用  
様式第2号 聴力、平衡機能、口腔(そしゃく・言語)の障害用  
様式第3号 肢体の障害用  
様式第4号 精神の障害用  
様式第5号 呼吸器疾患の障害用  
様式第6号 循環器疾患の障害用  
様式第7号 腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用
- 4 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。
- 5 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。)
- 6 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) 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。
  - (2) ⑩の聴力欄は「聴力レベル」を記入してください。  
「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオーディオメータで測定した測定値です。
  - (3) ⑩の1欄は、なるべく具体的に記入してください。
  - (4) ⑩の2欄は、血液・生化学検査値のうち、病状を適切に表していると思われるものを記入してください。



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)