

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	審査年月日	令和 年 月 日
	有期	令和 年 月			
	身体障害者手帳	級 (平成・令和 年 月 交付)			
	障害名	[_____]			
	愛の手帳	度	審査医師名		
		(平成・令和 年 月 判定)			

様式第6号 特別児童扶養手当認定診断書 (循環器疾患の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日		平成・令和 年 月 日生 (歳)		性別		男・女	
住所		住所地の郵便番号 (_____)		都道府県		市区			
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		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		初診年月日(平成・令和 年 月 日)		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所見		初診年月日(平成・令和 年 月 日)		診療回数		年間 回、月平均 回			
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		手術歴		手術名 (_____)		手術年月日 (年 月 日)			
⑩ 計測 (令和 年 月 日計測)		身長 cm		脈拍 回/分		血圧 最大 mmHg		血管拡張剤・降圧剤 無・有	
		体重 kg				最小 mmHg			
⑪ 循環器疾患 (令和 年 月 日現症) の状態									
1 臨床所見					2 一般状態区分表 (令和 年 月 日)				
(1) 自覚症状					(該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)				
(2) 他覚所見					(但し、乳幼児では、掲げた内容に相当すると考えられる状態とする)				
動悸 (無・有・著)					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				
呼吸困難 (無・有・著)					II 軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動や遊樂はできるもの				
胸痛 (無・有・著)					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				
失神 (無・有)					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				
階段昇困難 (無・有・著)					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				
器質的雑音 (無・有)					(4) 心カテール検査 (令和 年 月 日)				
(Levine _____ 度)					体心室 (体血圧を維持する心室) 駆出率 EF (%)				
					左主幹部又は右冠動脈 (S1から3) に50%以上の狭窄 (無・有)				
					3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無・有)				
					巨大冠動脈瘤 (無・有)				
					重度の弁逆流 (無・有)				
					収縮期圧較差50mmHg以上の半月弁狭窄 (無・有)				
					所見				
3 検査所見					(5) 心エコー検査 (令和 年 月 日)				
(1) 心電図所見					体心室 (体血圧を維持する心室) 駆出率 EF (%)				
(心電図所見のあるものは、必ず心電図(コピー)を添付してください。)					所見 (重度の房室弁逆流等)				
① 安静時心電図 (令和 年 月 日)									
心室性期外収縮 (無・有)									
心房細動・拍動 (無・有)									
完全左脚ブロック (無・有)									
左室肥大 (無・有)									
右室肥大 (無・有)									
陈旧性心筋梗塞 (無・有)									
年齢に見合わない異常陰性T波 (無・有 (mV))									
その他 (_____)									
② 負荷心電図 (無・有) (令和 年 月 日)									
(陰性・擬陽性・陽性) _____ METs									
(注) 負荷で重症不整脈(心室頻拍、心室細動)が誘発される場合は陽性とする。									
③ ホルター心電図 (無・有) (令和 年 月 日)									
(所見 _____)									
(2) 胸部X線所見 (令和 年 月 日)					(6) 血液検査 (令和 年 月 日)				
心胸郭比 (_____ %)					BNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド) _____ μg/mL				
肺静脈うっ血 (無・有・著)					NT-proBNP値 (脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント) _____ μg/mL				
肺血流増加又は減少 (無・有・著)									
(3) 動脈血ガス分析又は経皮酸素飽和度 (令和 年 月 日)									
動脈血 O ₂ 分圧 _____ Torr									
動脈血 CO ₂ 分圧 _____ Torr									
経皮酸素飽和度 _____ %									
4 その他の所見 (心臓MRI結果含む) (令和 年 月 日)									

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。)

障 害 の 状 態																	
⑫ 疾患別所見 (令和 年 月 日現症)	(該当する疾患について記入してください。)																
1 先天性心疾患・後天性心疾患																	
(1) 症状について 症状の出現時期 (令和 年 月 日) 小学生以上の場合 学校生活管理指導表の指導区分 (A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ 管理不要)	(4) 人工弁置換術 無 ・ 有 (手術名) (令和 年 月 日) (5) その他の手術 無 ・ 有 (手術名) (令和 年 月 日)																
(2) 弁疾患の場合 原因疾患 発病時期 (令和 年 月 日)	(6) その他 () (7) 後天性心疾患の場合 手術 無 ・ 有 (手術名) その他 ()																
(3) 循環状態 ①肺高血圧 無 ・ 有 ②アイゼンメンジャー症候群 無 ・ 有 ③フォンタン循環不全 無 ・ 有																	
2 心筋・心膜疾患																	
(1) 肥大型心筋症 無 ・ 有																	
(2) 拡張型心筋症 無 ・ 有																	
(3) その他の心筋症 無 ・ 有																	
(4) 心膜疾患 無 ・ 有 心膜疾患の診断名 ()																	
(5) 所見 ()																	
3 不整脈																	
(1) 難治性不整脈 無 ・ 有 () (令和 年 月 日)																	
(2) ペースメーカー治療 (心臓再同期医療機器 (CRT) 含む) 無 ・ 有 (令和 年 月 日)																	
(3) 挿込み型除細動器 (ICD) 又は除細動器機能付き心臓再同期医療機器 (CRT-D) 無 ・ 有 (令和 年 月 日)																	
(4) その他 ()																	
4 虚血性心疾患																	
(1) 心不全症状 無 ・ 軽運動で有 ・ 安静時有																	
(2) 狭心症状 無 ・ 軽運動で有 ・ 安静時有																	
(3) 梗塞後狭心症状 無 ・ 軽運動で有 ・ 安静時有																	
(4) 心室性期外収縮 無 ・ 有 (L o w n 度)																	
(5) その他の手術 無 ・ 有 (手術名) (令和 年 月 日)																	
(6) その他 ()																	
5 大動脈疾患																	
(1) 胸部大動脈解離 無 ・ 有 Stanford 分類 (A 型 ・ B 型) (令和 年 月 日)																	
(2) 大動脈瘤 無 ・ 有 (部位: 胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部) (最大血管短径 cm) (令和 年 月 日)																	
(3) 人工血管 無 ・ 有 (部位: 胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部) (令和 年 月 日)																	
(4) ステントグラフト 無 ・ 有 (部位: 胸部 ・ 胸腹部 ・ 腹部) (令和 年 月 日)																	
(5) その他の手術 無 ・ 有 (手術名) (令和 年 月 日)																	
(6) その他 ()																	
注: 高血圧症がある場合は、「7 高血圧症」にも記載してください。																	
6 重症心不全																	
(1) 心臓移植 無 ・ 有 (令和 年 月 日)																	
(2) 人工心臓 無 ・ 有 (令和 年 月 日)																	
(3) 心臓再同期医療機器 (CRT) 無 ・ 有 (令和 年 月 日)																	
(4) 除細動器機能付き心臓再同期医療機器 (CRT-D) 無 ・ 有 (令和 年 月 日)																	
7 高血圧症																	
(1) 二次性高血圧症 (病名:)																	
(2) 検査成績																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>血圧測定年月日</th> <th>最大血圧</th> <th>最小血圧</th> <th>降圧薬服用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>・</td> <td></td> <td></td> <td>無 ・ 有 (種)</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td></td> <td></td> <td>無 ・ 有 (種)</td> </tr> <tr> <td>・</td> <td></td> <td></td> <td>無 ・ 有 (種)</td> </tr> </tbody> </table>	血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用	・			無 ・ 有 (種)	・			無 ・ 有 (種)	・			無 ・ 有 (種)
血圧測定年月日	最大血圧	最小血圧	降圧薬服用														
・			無 ・ 有 (種)														
・			無 ・ 有 (種)														
・			無 ・ 有 (種)														
8 その他の循環器疾患																	
(1) 手術 無 ・ 有 (手術名) (令和 年 月 日)																	
(2) その他 ()																	
⑬ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください)																	
⑭ 予 後 (必ず記入してください)																	
⑮ 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。
 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 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、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～⑩及び⑬～⑭の欄は、全て記入してください。⑫の欄について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、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
 - (2) ⑪の欄「3 検査所見」の「(6) 血液検査」は、どちらか一方の検査数値を記入してください。
 - (3) 「(4) の心カテーテル検査」について、主要冠動脈3本全てに、75%以上の狭窄がある場合について記載する。
 - (4) ⑭の欄「1 先天性心疾患・後天性心疾患」の「(1) 症状について」の「学校生活管理指導表の指導区分」は、学校生活管理指導表(公益財団法人 日本学校保健会)の指導区分の内容を参考に記入してください。
A・・・在宅医療・入院が必要 B・・・登校はできるが運動は不可 C・・・軽い運動は可 D・・・中等度の運動まで可 E・・・強い運動も可
(学校生活管理指導表の指導区分における定義)
〈軽い運動〉 同年齢の平均的生徒にとって、ほとんど息がはずまない程度の運動
〈中等度の運動〉 同年齢の平均的児童にとって、少し息がはずむが息苦しくない程度の運動。パートナーがいれば楽に会話ができる程度の運動。
《強い運動》 同年齢の平均的児童にとって、息がはずみ息苦しさを感ずるほどの運動。
- 6 心電図所見のあるものは、この診断書の外に、心電図(コピー)を必ず添えてください。

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変化を伴う疾病は、可能な限り肺活量等検査成績を記入してください。
- 2 ぜんそく等器質的変化の少ない疾病は、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)