

(表 面)

障害児福祉手当認定診断書(視覚障害用)					
① 氏名 (ふりがな)		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	平成 令和	年 月 日
⑦ ④のため初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 眼所見(前眼部、中間透光体、眼底所見)

⑩ 視力

	裸眼	矯正視力				
右	×	D	( )	cyl	D	Ax °
左	×	D	( )	cyl	D	Ax °

⑪ 視野 ※ 視野図のコピーを添付してください。

- ・ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのインプタが I / 4 の視標によるものか、I / 2 の視標によるものかを明確に区別できるように記載してください。
- ・自動視野計を用いた場合は、両眼開放エスターマンテストの検査結果及び10-2プログラムの検査結果がわかるものを添付してください。

**ア. ゴールドマン型視野計**

↑ (ア) 周辺視野の評価 ( I / 4 )

両眼による視野が2分の1以上欠損

( はい ・ いいえ )

(イ) 中心視野の評価 ( I / 2 )

中心視野の角度

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									a	度
左									b	

両眼中心視野角度 ( I / 2 )

$$\left( \frac{\text{aとbのうち大きい方}}{\text{aとbのうち小さい方}} \times 3 + \text{aとbのうち小さい方} \right) / 4 = \text{度}$$

**イ. 自動視野計**

(ア) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数

点

(イ) 中心視野の評価(10-2プログラム)

<table border="1" style="width: 50px; height: 50px;"> <tr><td style="text-align: center;">右</td><td style="text-align: center;">c</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">左</td><td style="text-align: center;">d</td></tr> </table>	右	c	左	d	点 ( ≥ 26dB )	両眼中心視野視認点数	( cとdのうち大きい方 ) ( cとdのうち小さい方 )	( <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> × 3 + <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> ) / 4 = <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span> 点
右	c							
左	d							

現

症

どちらかに記入してください。



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	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のため初めて医師 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

現 症	⑨ 聴力検査成績 (1) 純音聴力聴力レベル <table border="1"> <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				dB <table border="1"> <tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> 250 500 1000 2000 4000 Hz	-10						0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100						(2) 最良語音明瞭度 右 _____ % 左 _____ %
		500	1000	2000																																																																																				
右																																																																																								
左																																																																																								
-10																																																																																								
0																																																																																								
10																																																																																								
20																																																																																								
30																																																																																								
40																																																																																								
50																																																																																								
60																																																																																								
70																																																																																								
80																																																																																								
90																																																																																								
100																																																																																								
所見	⑩ 重度難聴用補聴器又は人工内耳の使用効果 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 人工内耳の有無 { 1 有(埋め込み日 年 月 日) 右耳・左耳・両耳 2 無																																																																																							

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)等の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力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(条件詮索反応検査)を組み合わせ実施し、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

1

正面 背面 左 右

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

(注) じよく はんこん 瘡 癩 痕 も 記 入 し て く だ さ い。

2 四肢周径(cm)

	上腕中央部	前腕最大部	大腿中央部	下腿最大部
右				
左				

3 四肢長(cm)

	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○でかこんで下さい)  
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○でかこんで下さい)  
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。

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 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 ⑨の欄は、次によってください。
  - (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<sup>とう</sup>まで、下肢長については、腸骨前上棘<sup>きよく</sup>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○でかこんでください。
  - (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○でかこんでください。

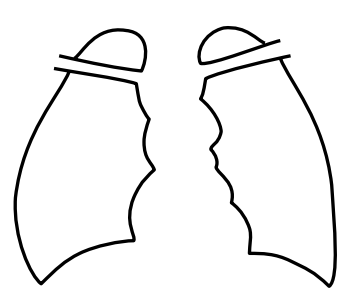
様式第4号

(表 面)

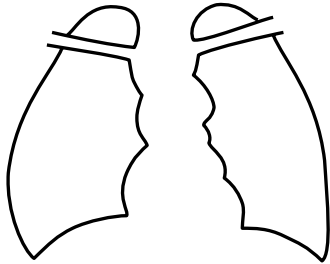
障害児福祉手当・福祉手当認定診断書(心臓疾患用)

① 氏名 (ふりがな)		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 傷病発生年月日	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	⑧ 将来再認定の要	推定 確認	有 ( 年後 ) ・ 無		

現	⑨ 一般用	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。)	
	<p>1. 臨床所見</p> <p>(1) 動 悸 ( 有 ・ 無 )</p> <p>(2) 息 切 れ ( 有 ・ 無 )</p> <p>(3) 呼 吸 困 難 ( 有 ・ 無 )</p> <p>(4) 胸 痛 ( 有 ・ 無 )</p> <p>(5) 血 痰 ( 有 ・ 無 )</p> <p>(6) チ ア ノ ー ゼ ( 有 ・ 無 )</p> <p>(7) 浮 腫 ( 有 ・ 無 )</p> <p>(8) 血 圧 (最高 最低 )</p> <p>(9) 心 拍 数 ( )</p> <p>(10) 脈 拍 数 ( )</p> <p>(11) 心 音 ( )</p> <p>(12) その他の臨床所見</p>	<p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(5) 安静時でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの</p>	

症	2. X線・心電図所見	年 月 日撮影	
	<p>(1) 陳旧性心筋梗塞 ( 有 ・ 無 )</p> <p>(2) 脚ブロック ( 有 ・ 無 )</p> <p>(3) 完全房室ブロック ( 有 ・ 無 )</p> <p>(4) 不完全房室ブロック ( 有 第 度 ・ 無 )</p> <p>(5) 心房細動(粗動) ( 有 ・ 無 )</p> <p>心拍数に対する脈拍数の欠損 ( /分)</p> <p>(6) STの低下 ( 有 mV ・ 無 )</p> <p>(7) 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導 (ただし、V1を除く。)のいずれかのT波の逆転 ( 有 ・ 無 )</p>	 <p>心胸比 %</p>	



現 症	<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○で囲んで下さい。)</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 ・ 両室 ] ・ 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>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>令和 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</p>		

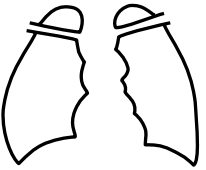
◎注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。  
◎字は楷書ではっきりと書いてください。

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。

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 氏名 (ふりがな)		男・女	② 生年月日	平成 年 月 日
③ 住所			④ 障害の原因となつた傷病名	
⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日 障害が永続すると判定された日	平成 年 月 日	推定 確認	⑥ 傷病発生日	平成 年 月 日
⑦	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	
	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		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	
	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。		⑮ その他の障害又は病状 臨床所見	
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 令和	年 月 日																																																																																					
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 令和	年 月 日	⑥ 傷病発生 年 月 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	⑧ 将来再認定 の要	有( )	年( ) 月( ) 日 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) 食欲不振 (無・有・著) 頭痛 (無・有・著) 呼吸困難 (無・有・著) (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) 他覚所見 浮腫 (無・有・著) 貧血 (無・有・著) 腎不全に基づく 神経症状 (無・有・著) 視力障害 (無・有・著) 低身長 (無・有・著)																																																																																							
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;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td>夜間尿蓄尿蛋白量 mg/hr/m<sup>2</sup></td> <td></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> <td></td> </tr> <tr> <td>赤血球数 ×10<sup>4</sup>/μl</td> <td></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> <td></td> </tr> <tr> <td>白血球数 /μl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数 ×10<sup>4</sup>/μl</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>血清アルブミン値 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>総コレステロール mg/dl</td> <td></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> <td></td> </tr> <tr> <td>血清クレアチニン mg/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>eGFR ml/分</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1日尿量 ml/日</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>内因性クレアチン・クリアランス ml/分</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液ガス分析(アンダーシスの有無)</td> <td>無・有・著</td> <td>無・有・著</td> <td>無・有・著</td> <td>無・有・著</td> </tr> </table>								夜間尿蓄尿蛋白量 mg/hr/m <sup>2</sup>					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 <sup>4</sup> /μl					ヘモグロビン g/dl					白血球数 /μl					血小板数 ×10 <sup>4</sup> /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					内因性クレアチン・クリアランス ml/分					血液ガス分析(アンダーシスの有無)	無・有・著	無・有・著	無・有・著	無・有・著
夜間尿蓄尿蛋白量 mg/hr/m <sup>2</sup>																																																																																										
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 <sup>4</sup> /μl																																																																																										
ヘモグロビン g/dl																																																																																										
白血球数 /μl																																																																																										
血小板数 ×10 <sup>4</sup> /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																																																																																										
内因性クレアチン・クリアランス ml/分																																																																																										
血液ガス分析(アンダーシスの有無)	無・有・著	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 〕 血液																																																																					
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 傷病の原因と 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 令和	年 月 日	⑥ 傷病発生 年月日	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	⑧ 将来再認定 の要	有(	年後) ・ 無																																																																				
障 害 の 状 態																																																																									
⑨ 肝 疾 患 (令和 年 月 日現症)																																																																									
<b>1 臨床所見</b> (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・著) 黄疸 (無・有・著) 腹壁静脈怒張 (無・有・著) 肝性脳症 (無・有(度)) 出血傾向 (無・有・著)			<b>(3) 検査成績</b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">検査日</th> <th style="width:20%;">施設</th> <th style="width:10%;">..</th> <th style="width:10%;">..</th> </tr> <tr> <th>検査項目</th> <th>基準値</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST(GOT) IU/l</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT(GPT) IU/l</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT IU/l</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></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ IU/l</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 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>A/G比</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数 ×10<sup>4</sup>/μl</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></tr> <tr><td>総コレステロール mg/dl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア μg/dl</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP ng/ml</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II mAU/ml</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			検査日	施設	..	..	検査項目	基準値			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 <sup>4</sup> /μl				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 μg/dl				AFP ng/ml				PIVKA-II mAU/ml			
検査日	施設	..	..																																																																						
検査項目	基準値																																																																								
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 <sup>4</sup> /μl																																																																									
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 μg/dl																																																																									
AFP ng/ml																																																																									
PIVKA-II mAU/ml																																																																									
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)			<b>8 治療内容</b> (1) 利尿剤 (無・有) (2) 特殊アミノ酸製剤 (無・有) (3) 抗ウイルス療法 (無・有) (4) アルブミン・血漿製剤 (無・有) (5) 血小板輸血 (無・有) (6) その他 具体的内容																																																																						
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																																																																									
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( ) )			<b>9 その他の所見</b> (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 回・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																																																																									

⑩ 血液疾患(令和 年 月 日現症)			
1 臨床所見			
(1) 自覚症状		(3)検査成績	
立ちくらみ	(無・有・著)	ア末梢血液検査(令和 年 月 日)	イその他の検査
易疲労感	(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。	
動悸	(無・有・著)	ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL	画像検査(検査名 (令和 年 月 日) )
息切れ	(無・有・著)	網赤血球 ( ) 万/ $\mu$ L	他の検査(検査名 (令和 年 月 日) ) 所見
発熱	(無・有・著)	血小板 ( ) 万/ $\mu$ L	
紫斑	(無・有・著)	白血球 ( ) / $\mu$ L	
月経過多	(無・有・著)	好中球 ( ) / $\mu$ L	
関節症状	(無・有・著)	リンパ球 ( ) / $\mu$ L	
(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)		
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)		
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

- 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、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 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 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。
- 6 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- 7 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。
- 8 ⑩の「その他の疾患」の欄には、視覚障害、聴覚障害、肢体障害、結核及び肝機能障害、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。
- 9 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。

様式第8号

(表 面)

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 令和	
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	⑧ 将来再判定の要		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) (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・処方薬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 (平成 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、便秘、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 <sup>せつ</sup> [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
	上記の内容を具体的に記載して下さい。		
	⑱ 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	
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、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、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⑰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。