

特別障害者手当認定診断書 (視覚障害用)

① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	大正 昭和 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 傷病発生年月日	昭和 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	昭和 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)

周辺視野の角度

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

(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	度

(aとbのうち大きい方) (aとbのうち小さい方)

両眼中心視野  
角度 (I / 2) (  × 3 +  ) / 4 =  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)

右	c	点 (≥26dB)
左	d	点 (≥26dB)

両眼中心視野視認点数 ( (cとdのうち大きい方) × 3 + (cとdのうち小さい方) ) / 4 =  点

現  
症

⑫ 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。□  
◎ 字は楷書ではっ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 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、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑩視力の「矯正視力」の欄は、最良視力が得られる矯正レンズによって得られた視力を記入してください。  
なお、眼内レンズ挿入眼は裸眼と同様に扱い、屈折異常がある場合は適正に矯正した視力を測定してください。
- 5 視野は、ゴールドマン型視野計又は自動視野計を用いて測定してください。  
ゴールドマン型視野計を用いる場合、中心視野の測定にはⅠ／2の視標を用い、周辺視野の測定にはⅠ／4の視標を用いてください。  
自動視野計を用いる場合、両眼開放視認点数は視標サイズⅢによる両眼開放エスターマンテストで測定し、両眼中心視野視認点数は  
視標サイズⅢによる10-2プログラムで測定してください。
- 6 ⑪視野のア(ア)「周辺視野の角度」は、Ⅰ／4の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度(Ⅰ／4の指標が視認できない部分  
を除いて算出)を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。
- 7 ⑪視野のア(イ)「中心視野の角度」は、Ⅰ／2の視標を用いて左右眼ごとに8方向の視野の角度(Ⅰ／2の指標が視認できない部分  
を除いて算出)を該当する方向の欄に記入し、8方向の角度を合算した数値を「合計」の欄に記入してください。
- 8 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。

様式第10号

(表 面)

特別障害者手当認定診断書		〔 聴覚、平衡機能、そしゃく、音声又は言語機能 障害用 〕																																																																																													
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	昭和 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	昭和 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	昭和 平成 令和 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有( 年後) ・ 無																																																																																											
⑨ 聴力検査成績(純音聴力) 聴力レベル <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">500</td> <td style="text-align: center;">1000</td> <td style="text-align: center;">2000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">右</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">左</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(dB値で記入)</p> <table border="1" style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">-10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">10</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">50</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">70</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">90</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">250</td> <td style="text-align: center;">500</td> <td style="text-align: center;">1000</td> <td style="text-align: center;">2000</td> <td style="text-align: center;">4000 Hz</td> </tr> </table>			500	1000	2000	右				左				-10						0						10						20						30						40						50						60						70						80						90						100							250	500	1000	2000	4000 Hz	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)		⑪ そしゃく機能障害 (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) (ハ) 一日の大半を食事に要する (要する・要しない)	
	500	1000	2000																																																																																												
右																																																																																															
左																																																																																															
-10																																																																																															
0																																																																																															
10																																																																																															
20																																																																																															
30																																																																																															
40																																																																																															
50																																																																																															
60																																																																																															
70																																																																																															
80																																																																																															
90																																																																																															
100																																																																																															
	250	500	1000	2000	4000 Hz																																																																																										
所見 (聴覚の障害により、障害年金を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳も取得していない者に対し、令別表第二に該当する診断を行う場合には、ABR検査(聴性脳幹反応検査)等の検査を実施し、検査方法及び検査所見を記入してください。             )																																																																																															
⑫ 音声言語機能障害 ア 会話による意思疎通の程度 (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。) 1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。      3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。 2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。      4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。																																																																																															
イ 発音不能な語音 (構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。) I 4種の語音(該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。) 口唇音(ま行音、ぱ行音、ば行音等) 1 全て発音できる      2 一部発音できる      3 発音不能 歯音、歯茎音(さ行音、た行音、ら行音等) 1 全て発音できる      2 一部発音できる      3 発音不能 歯茎硬口蓋音(しゃ、ちゃ、じゃ等) 1 全て発音できる      2 一部発音できる      3 発音不能 軟口蓋音(か行音、が行音等) 1 全て発音できる      2 一部発音できる      3 発音不能																																																																																															
ウ 失語症の障害の程度 (失語症がある場合に、記入してください。) I 音声言語の表出及び理解の程度(該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。) 単語の呼称(単語の例: 家、靴下、自動車、電話、水) 1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない 短文の発話(2~3文節程度、例: 女の子が本を読んでいる) 1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない 長文の発話(4~6文節程度、例: 私の家に田舎から大きな小包が届いた) 1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない 単語の理解(例: 単語の呼称と同じ) 1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない 短文の理解(例: 短文の発話と同じ) 1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない 長文の理解(例: 長文の発話と同じ) 1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない																																																																																															
エ その他の所見 喉頭全摘・その他の手術 (手術名: _____) 手術年月日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日																																																																																															
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、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、別に紙片をはりつ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 ⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害で障害年金又は身体障害者手帳を取得していない者については、オージ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、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 ⑫の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。
- 7 ⑫の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。
- 8 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。



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	
8 関節可動域及び筋力(首・体幹・四肢)	首	前屈											
		後屈											
	体幹	前屈											
		後屈											
	肩関節	屈曲											
		伸展											
	肘関節	屈曲											
		伸展											
	手関節	背屈											
		掌屈											
	股関節	屈曲											
		伸展											
		内転											
		外転											
膝関節	屈曲												
	伸展												
足関節	背屈												
	底屈												
⑩ 補助用具状況	1 常時(起床から就寝まで使用)		ア 義手		イ 義足		ウ 上肢補装具		エ 下肢補装具		オ つえ		
	2 ときどき使用		カ 松葉づえ		キ 車いす		ク 歩行車		ケ 補助用小道具				
	3 使用せず		コ その他(具体的に)										
⑪ 日	ひとりでもうまくできる場合には…………… ○		} をつけること。		(注) 4の場合		5秒以内にできる		…………… ○				
	ひとりできてもうまくできない場合には… △				8と9の場合		10秒ではできない		…………… ×				
ひとりではまったくできない場合には…………… ×					30秒以内にできる		…………… ○						
							1分		…………… △				
							1分ではできない		…………… ×				
日常生活動作の障害程度			補助具等						補助具等				
			使用しない		使用				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.	ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)					
				左									
	2.	にぎる (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)	{	右			11.	靴下をはく (どのような姿勢でもよい)					
				左									
	3.	タオルを絞る (水を切れる程度)		両手			12.	すわる (正座・横すわり・あぐら・脚なげ出し (このような姿勢を継続する))					
	4.	とじひもを結ぶ		両手			13.	歩く	{	屋内			
										戸外			
	6.	顔を洗う (顔に手のひらをつける)	{	右			14.	片足で立つ	{	右			
			左						左				
7.	排便の処置をする (しり 臀のところに手をやる)	{	右			15.	立ち上る						
			左										
8.	かぶりシャツを着て脱ぐ					16.	階段をのぼる						
9.	ワイシャツのボタンをとめる					17.	階段をおりる						
(注) 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)を要した場合は記入すること。													
⑫ 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。

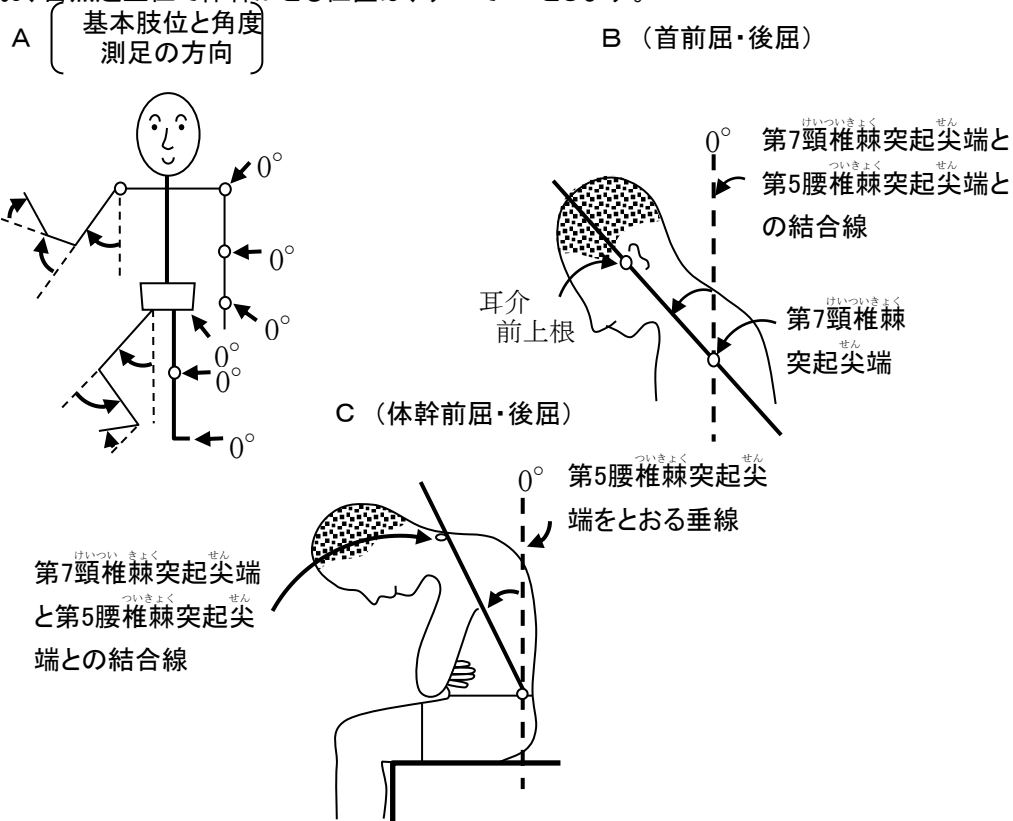
注意

- 1 この診断書は、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 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 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) 3の「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○でかこんでください。
  - (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、肩関節の水平屈伸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。

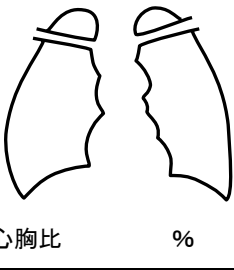
四肢の角度の測り方

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。



- (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）

特別障害者手当認定診断書(心臓疾患用)				
① 氏名	<small>(ふりがな)</small>	男・女	② 生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
③ 住所			④ 障害の原因となつた傷病名	
⑤ ④のためはじめた医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日 令和		⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日 令和
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日 令和	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有( 年後)・無
現 症	⑨ 臨床所見		⑩ 活動能力の程度	
	(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) 心臓ペーサー装置 昭和 平成 年 月 日装着・無 (13) 人工弁装着 昭和 平成 年 月 日装着・無 (14) その他の臨床所見		(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		年 月 日撮影	
	(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)			
	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. 普通の人の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. 疲れの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ください。障害者の障害の程度及び障害の認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、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。
- 4 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13号

(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 氏名	(ふりがな) 氏名	男・女	② 生年月日	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 ④のためはじめて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日 令和		⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日 令和
⑦ 障害が継続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日 令和	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		1度 絶対安静	
	ア. 胸膜癒着 なし・軽・中・高		2度 ベット上の安静	
	イ. 気腫化 なし・軽・中・高		3度 必要時のみ室内歩行(30分以内)	
ウ. 線維化 なし・軽・中・高		4度 室内歩行はよい(1時間以内)		
エ. 不透明肺 なし・軽・中・高		5度 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)		
オ. 胸廊変形 なし・軽・中・高		6度 健康な人の2分の1程度の労働はよい		
カ. 心縦隔の変形 なし・軽・中・高		7度 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。		
 撮影 年 月 日		8度 疲れない程度の普通の生活		
⑪ 活動能力の程度		⑭ 動脈血ガス分析値(令和 年 月 日)		
ア. 激しい運動をした時だけ息切れがある。		ア. 動脈血O <sub>2</sub> 分圧 _____ mmHg		
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。		イ. 動脈血CO <sub>2</sub> 分圧 _____ mmHg		
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。		⑮ 現在までの治療内容等		
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。		⑯ その他の障害又は病状臨床所見		
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。				
⑫ 換気機能 (令和 年 月 日)				
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				
⑰ 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、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 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。
- 6 この診断書の外に胸部X線写真を添えてください。

様式第14号

(表 面)

特別障害者手当認定診断書(腎臓疾患用)				
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	昭和 平成 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	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 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		(2) 他覚所見		
悪心・嘔吐 (無・有・著)		浮腫 (無・有・著)		
食欲不振 (無・有・著)		貧血 (無・有・著)		
頭痛 (無・有・著)		アシドーシス (無・有・著)		
呼吸困難 (無・有・著)		腎不全に基づく 神経症 (無・有・著) 視力障害 (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 腎生検 無・有 検査年月日(令和 年 月 日) 所見		検査 検査項目 . . . . .		
3 人工透析療法		1日尿蛋白量 g/日		
(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)		尿蛋白/尿クレアチニン比 g/gCr		
(2) 人工透析開始日 (令和 年 月 日)		尿蛋白 (定性)		
(3) 人工透析(腹膜透析除く。)実施状況 回数・回/週、1回 時間		赤血球数 ×10 <sup>4</sup> /μl		
(4) 人工透析導入後の臨床経過		ヘモグロビン g/dl		
(5) 長期透析による合併症 無・有 所見		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 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		
		動脈血(HCO <sub>3</sub> ) mEq/l		
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 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの				
⑪ 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 健康な人の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				
⑫ 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<sup>かいしょ</sup>ではっきりと書いてください。

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。

特別障害者手当認定診断書		〔 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 昭和 年 月 日 平成																																																																				
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	昭和 平成 年 月 日 令和	⑥ 傷病発生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和																																																																				
⑦ 障害が永続すると判定 された日	昭和 平成 年 月 日 令和	推定 確認	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)																																																																							
1 臨 床 所 見		(3) 検 査 成 績																																																																					
(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 ぞう 痒 感 (無・有・著) 有 痛 性 筋 痙 攣 (無・有・著) 吐 血・下 血 (無・有・著)		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">検査日</th> <th style="width: 20%;">施 設</th> <th style="width: 20%;">. . .</th> <th style="width: 20%;">. . .</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">検査項目</th> <th style="text-align: center;">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 %</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 %				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 %																																																																							
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) 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・ 有(難治性)) 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)																																																																							
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)																																																																							
3 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( )																																																																							
4 食 道・胃 などの 静 脈 瘤 (1) 無・有 検査年月日(平成・令和 年 月 日) (2) 吐 血・下 血 の 既 往 無・有 ( 回) (3) 治 療 歴 無・有 ( 回)																																																																							
5 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		8 その他の所見 (1) 肝移植 無・有(有の場合は移植年月日(平成・令和 年 月 日)) 経過																																																																					
6 特 発 性 細 菌 性 腹 膜 炎 其 他 肝 硬 変 症 に 付 随 する 病 態 の 治 療 歴 所見		(2) その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成・令和 年 月 日)																																																																					
7 治 療 内 容 (1) 利 尿 剤 (無・有) (4) アルブミン・血漿製剤 (無・有) (2) 特 殊 ア ミ ノ 酸 製 剤 (無・有) (5) 血 小 板 輸 血 (無・有) (3) 抗 ウ イ ル ス 療 法 (無・有) (6) そ の 他 具体的内容																																																																							

<b>⑩ 血液疾患(令和 年 月 日現症)</b>				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <b>1 臨床所見</b>            (1) 自覚症状            立ちくらみ (無・有・著)            易疲労感 (無・有・著)            動悸 (無・有・著)            息切れ (無・有・著)            発熱 (無・有・著)            紫斑 (無・有・著)            月経過多 (無・有・著)            関節症状 (無・有・著)            (2) 他覚所見            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)         </td> <td style="width: 30%; vertical-align: top;"> <b>(3) 検査成績</b>            ア 末梢血液検査(令和 年 月 日) イ            ※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。            ヘモグロビン濃度 ( g/dL)            網赤血球 ( 万/<math>\mu</math>L)            血小板 ( 万/<math>\mu</math>L)            白血球 ( /<math>\mu</math>L)            好中球 ( /<math>\mu</math>L)            リンパ球 ( /<math>\mu</math>L)            病的細胞 ( %)         </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <b>その他の検査</b>            画像検査(検査名 (令和 年 月 日) 所見)            他検査(検査名 (令和 年 月 日) 所見)         </td> </tr> </table>		<b>1 臨床所見</b> (1) 自覚症状 立ちくらみ (無・有・著) 易疲労感 (無・有・著) 動悸 (無・有・著) 息切れ (無・有・著) 発熱 (無・有・著) 紫斑 (無・有・著) 月経過多 (無・有・著) 関節症状 (無・有・著) (2) 他覚所見 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)	<b>(3) 検査成績</b> ア 末梢血液検査(令和 年 月 日) イ ※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。 ヘモグロビン濃度 ( g/dL) 網赤血球 ( 万/ $\mu$ L) 血小板 ( 万/ $\mu$ L) 白血球 ( / $\mu$ L) 好中球 ( / $\mu$ L) リンパ球 ( / $\mu$ L) 病的細胞 ( %)	<b>その他の検査</b> 画像検査(検査名 (令和 年 月 日) 所見) 他検査(検査名 (令和 年 月 日) 所見)
<b>1 臨床所見</b> (1) 自覚症状 立ちくらみ (無・有・著) 易疲労感 (無・有・著) 動悸 (無・有・著) 息切れ (無・有・著) 発熱 (無・有・著) 紫斑 (無・有・著) 月経過多 (無・有・著) 関節症状 (無・有・著) (2) 他覚所見 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)	<b>(3) 検査成績</b> ア 末梢血液検査(令和 年 月 日) イ ※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。 ヘモグロビン濃度 ( g/dL) 網赤血球 ( 万/ $\mu$ L) 血小板 ( 万/ $\mu$ L) 白血球 ( / $\mu$ L) 好中球 ( / $\mu$ L) リンパ球 ( / $\mu$ L) 病的細胞 ( %)	<b>その他の検査</b> 画像検査(検査名 (令和 年 月 日) 所見) 他検査(検査名 (令和 年 月 日) 所見)		
<b>2 治療状況</b> 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)	<b>3 その他の所見</b>			

**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程度の労働はよい		3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)	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		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 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																			
**⑭ 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、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  
とありますので、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 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ヶ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「7 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 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。
- 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。



特別障害者手当認定診断書(精神の障害用)						
① 氏名	-----		男・女	② 生年月日	昭和 平成 年 月 日	
③ 住所			④ 障害の原因となった傷病名			
⑤ 傷病発生 年 月	主な精神障害	年 月	⑥ 合併症	精神障害		
	合併精神障害	年 月		身体障害		
	合併身体障害	年 月				
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	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)			陳述者の氏名	患者との続柄		
ア 発病以来の病状と経過			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 (令和 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 ( )				
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 ( ・ひとりできる ・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)から身を守る ( ・守ることができる ・不十分ながら守ることができる ・守ることができない )
		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、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。