

平成26年5月28日

都道府県医師会
担当理事 殿

日本医師会常任理事
葉梨 之紀

特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当の
障害程度認定基準及び認定診断書の様式改正について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、特別児童扶養手当に係る障害の程度の認定につきましては、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について」（昭和50年9月5日児発第576号厚生省児童家庭局長通知）により実施されているところですが、今般、近年の医学的知見を踏まえ、第2節／聴力の障害、第6節／肢体の障害、第7節／精神の障害、第10節／心疾患、第12節／肝疾患、第16節／その他の障害について、障害程度認定基準及び認定診断書の様式が改正され、平成26年6月1日から適用することとされました。

また、障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度の認定につきましては、「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」（昭和60年12月28日社更第162号厚生省社会局長通知）により実施されているところですが、今般、近年の医学的知見を踏まえ、第二の2の聴覚障害、第二の4の（4）の肝臓疾患、第二の6の精神の障害、第三の1の（6）のエの肝臓疾患、第三の1の（8）の精神の障害、第三の2の（1）のコの（ア）の⑤の肝臓疾患について、障害程度認定基準及び認定診断書の様式が改正され、平成26年6月1日から適用することとされました。

このようなことから、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長より、各都道府県知事宛に通知が出され、別添のとおり、本会に対しても周知方依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区医師会、及び関係医療機関への周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

なお、本通知の施行に当たり、改正後の診断書の準備が整うまでの間については、従前様式による診断書を使用しても差し支えないことを申し添えます。

平成26年5月21日

公益社団法人 日本医師会 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部企画課手当係

特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準
及び認定診断書の様式改正の周知依頼について

平素より障害福祉行政の推進に御理解、御協力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、特別児童扶養手当に係る障害の程度の認定につきましては、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について」（昭和50年9月5日児発第576号厚生省児童家庭局長通知）により実施されているところですが、今般、「聴力の障害」、「肢体の障害」、「精神の障害」、「心疾患」、「肝疾患」、「その他の障害」について障害程度認定基準及び認定診断書の様式を改正することといたしました。

また、障害児福祉手当及び特別障害者手当に係る障害の程度の認定につきましては、「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」（昭和60年12月28日社更第162号厚生省社会局長通知）により実施されているところですが、今般、「聴覚障害」、「肝臓疾患」、「精神の障害」について障害程度認定基準及び認定診断書の様式を改正することといたしました。

そのため、当該改正内容についての資料を別添のとおり送付させていただきますので、認定診断書を作成していただく貴会会員の皆様に対しまして、ホームページや広報誌への掲載等により広く周知していただきますよう、お願い申し上げます。

障 発 0 5 2 0 第 2 号

平成 2 6 年 5 月 2 0 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部長

(公 印 省 略)

特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第 3 における
障害の認定要領の一部改正について

特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第 3 における障害の認定については、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第 3 における障害の認定について」（昭和 5 0 年 9 月 5 日児発第 5 7 6 号厚生省児童家庭局長通知）により実施されているところですが、今般、近年の医学的知見を踏まえ、第 2 節／聴力の障害、第 6 節／肢体の障害、第 7 節／精神の障害、第 1 0 節／心疾患、第 1 2 節／肝疾患、第 1 6 節／その他の障害について別添 1 から別添 7 までのとおり改正し、平成 2 6 年 6 月 1 日から適用することとしましたので、管内市区町村及び関係機関に対しても周知をお願いするとともに、その運用について遺憾のないようお取り計らい願います。

なお、本通知の施行に当たり、改正後の診断書の準備をしていただく間については、従前様式の診断書の使用も可能としますが、この場合においては、障害の程度の認定に当たり必要に応じて医師照会を行う等、適切に取り扱うよう十分に留意願います。

◎特別児童扶養手当 障害程度認定基準（第2節／聴力の障害）

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	現 行														
<p>第2節／聴力の障害</p> <p>聴力の障害による障害の程度は、次により認定する。</p> <p>1 認定基準</p> <p>施行令別表第三に定める障害の程度は、次のとおりである。</p>	<p>第2節／聴力の障害</p> <p>聴力の障害による障害の程度は、次により認定する。</p> <p>1 認定基準</p> <p>施行令別表第三に定める障害の程度は、次のとおりである。</p>														
<table border="1"> <thead> <tr> <th>障害の程度</th><th>障害の状態</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一級</td><td>両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの</td></tr> <tr> <td rowspan="2">二級</td><td>両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの</td></tr> <tr> <td>身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</td></tr> </tbody> </table>	障害の程度	障害の状態	一級	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの	二級	両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの	身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの	<table border="1"> <thead> <tr> <th>障害の程度</th><th>障害の状態</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>一級</td><td>両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの</td></tr> <tr> <td rowspan="2">二級</td><td>両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの</td></tr> <tr> <td>身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</td></tr> </tbody> </table>	障害の程度	障害の状態	一級	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの	二級	両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの	身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
障害の程度	障害の状態														
一級	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの														
二級	両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの														
	身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの														
障害の程度	障害の状態														
一級	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの														
二級	両耳の聴力レベルが90デシベル以上のもの														
	身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの														
<p>2 認定要領</p> <p>聴力の障害による障害の程度は、純音による聴力レベル値（純音聴力レベル値）及び語音による聴力検査値（語音明瞭度）により認定する。</p> <p>(1) 聴力レベルは、オーディオメータ（JIS規格又はこれに準ずる標準オーディオメータ）によって測定するものとする。</p> <p>(2) 聴力レベルのデシベル値は、話声域すなわち周波数500、1000、2000ヘルツにおける純音の各デシベル値を a、b、c とした場合、次式により算出する。</p> $\text{平均純音聴力レベル値} = \frac{a + 2b + c}{4}$ <p>なお、この算式により得た値が境界値に近い場合には</p> $\frac{a + 2b + 2c + d}{6}$ <p>の算式により得た値を参考とする。</p> <p>a：周波数500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値 b：周波数1000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値 c：周波数2000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値 d：周波数4000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値 （注）聴力が純音聴力損失値によって算出されているときは、10デシベルを加算した数値を聴力デシベ</p>	<p>2 認定要領</p> <p>聴力の障害による障害の程度は、純音による聴力レベル値（純音聴力レベル値）及び語音による聴力検査値（語音明瞭度）により認定する。</p> <p>(1) 聴力レベルは、オーディオメータ（JIS規格又はこれに準ずる標準オーディオメータ）によって測定するものとする。</p> <p>(2) 聴力レベルのデシベル値は、話声域すなわち周波数500、1000、2000ヘルツにおける純音の各デシベル値を a、b、c とした場合、次式により算出する。</p> $\text{平均純音聴力レベル値} = \frac{a + 2b + c}{4}$ <p>なお、この算式により得た値が境界値に近い場合には</p> $\frac{a + 2b + 2c + d}{6}$ <p>の算式により得た値を参考とする。</p> <p>a：周波数500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値 b：周波数1000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値 c：周波数2000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値 d：周波数4000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値 （注）聴力が純音聴力損失値によって算出されているときは、10デシベルを加算した数値を聴力デシベ</p>														

改 正 後	現 行
<p>ルにおけるデシベル値として認定する。</p> <p>(3) 最良語音明瞭度の算出は、次によるものとする。</p> <p>ア 検査は、録音器又はマイク付オーディオメータにより、通常の会話の強さで発声し、オーディオメータの音量を適当に強めたり、弱めたりして最も適した状態で行う。</p> <p>イ 検査語は、語音弁別能力測定用語音集により、二秒から三秒に一語の割合で発声し語音明瞭度を検査する。</p> <p>なお、語音聴力表は、「57s式語表」あるいは「67s式語表」とする。</p> <p>ウ 語音明瞭度は、次式により算出し、語音明瞭度の最も高い値を最良語音明瞭度（語音弁別能）とする。</p> $\text{語音明瞭度} = \frac{\text{正答語音数}}{\text{検査語数}} \times 100 (\%)$ <p>(4) 「身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」とは、両耳の平均純音聴力レベル値が80デシベル以上で、かつ、最良語音明瞭度が30%以下のものをいう。</p> <p>(5) <u>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聴力の障害による認定については、ABR検査（聴性脳幹反応検査）又はASSR検査（聴性定常反応検査）及びCOR検査（条件詮索反応検査）を組み合わせ実施するものとする。</u></p> <p>ア <u>ABR検査（聴性脳幹反応検査）又はASSR検査（聴性定常反応検査）の聴力レベルのデシベル値が両耳とも100デシベル以上、COR検査（条件詮索反応検査）の聴力レベルのデシベル値が100デシベル以上の場合は1級と認定する。</u></p> <p>イ <u>ABR検査（聴性脳幹反応検査）又はASSR検査（聴性定常反応検査）の聴力レベルのデシベル値が両耳とも90デシベル以上、COR検査（条件詮索反応検査）の聴力レベルのデシベル値が90デシベル以上の場合は2級と認定する。</u></p> <p>なお、ア及びイにより認定した場合は、原則として当該認定を行った日からおおむね2年後に再認定を行うこととする。</p>	<p>ルにおけるデシベル値として認定する。</p> <p>(3) 最良語音明瞭度の算出は、次によるものとする。</p> <p>ア 検査は、録音器又はマイク付オーディオメータにより、通常の会話の強さで発声し、オーディオメータの音量を適当に強めたり、弱めたりして最も適した状態で行う。</p> <p>イ 検査語は、語音弁別能力測定用語音集により、二秒から三秒に一語の割合で発声し語音明瞭度を検査する。</p> <p>なお、語音聴力表は、「57s式語表」あるいは「67s式語表」とする。</p> <p>ウ 語音明瞭度は、次式により算出し、語音明瞭度の最も高い値を最良語音明瞭度（語音弁別能）とする。</p> $\text{語音明瞭度} = \frac{\text{正答語音数}}{\text{検査語数}} \times 100 (\%)$ <p>(4) 「身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」とは、両耳の平均純音聴力レベル値が80デシベル以上で、かつ、最良語音明瞭度が30%以下のものをいう。</p>

◎ 特別児童扶養手当 障害程度認定基準 (第 6 節 / 肢体の障害)

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	現 行
<p>別添 1 特別児童扶養手当 障害程度認定基準</p> <p>第 6 節 / 肢体の障害</p> <p>肢体の障害による障害の程度は、上肢の障害、下肢の障害、体幹の障害及び肢体の機能の障害に区分し、次により認定する。</p> <p>第 1 上肢の障害</p> <p>1 認定基準 (略)</p> <p>2 認定要領</p> <p>上肢の障害は、機能障害、欠損障害に区分する。</p> <p>(1) 機能障害 (略)</p> <p>(2) 欠損障害 (略)</p> <p>(3) 関節可動域の測定方法、関節の運動及び関節可動域等の評価 (略)</p> <p>(4) <u>人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものは、そう入置換した状態で認定を行うものとする。</u></p> <p>第 2 下肢の障害</p> <p>1 認定基準 (略)</p> <p>2 認定要領</p> <p>下肢の障害は、機能障害、欠損障害に区別する。</p> <p>(1) 機能障害 (略)</p> <p>(2) 欠損障害 (略)</p> <p>(3) 関節可動域の測定方法、関節の運動及び関節可動域等の評価 (略)</p> <p>(4) <u>人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものは、そう入置換した状態で認定を行うものとする。</u></p> <p>第 3 体幹の障害 (略)</p> <p>第 4 肢体の機能の障害 (略)</p>	<p>別添 1 特別児童扶養手当 障害程度認定基準</p> <p>第 6 節 / 肢体の障害</p> <p>肢体の障害による障害の程度は、上肢の障害、下肢の障害、体幹の障害及び肢体の機能の障害に区分し、次により認定する。</p> <p>第 1 上肢の障害</p> <p>1 認定基準 (略)</p> <p>2 認定要領</p> <p>上肢の障害は、機能障害、欠損障害に区分する。</p> <p>(1) 機能障害 (略)</p> <p>(2) 欠損障害 (略)</p> <p>(3) 関節可動域の測定方法、関節の運動及び関節可動域等の評価 (略)</p> <p>(4) <u>人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものについて、両上肢の 3 大関節のうち、4 関節以上に人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものは、原則として 2 級と認定する。</u></p> <p>第 2 下肢の障害</p> <p>1 認定基準 (略)</p> <p>2 認定要領</p> <p>下肢の障害は、機能障害、欠損障害に区別する。</p> <p>(1) 機能障害 (略)</p> <p>(2) 欠損障害 (略)</p> <p>(3) 関節可動域の測定方法、関節の運動及び関節可動域等の評価 (略)</p> <p>(4) <u>人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものについて、両下肢の 3 大関節のうち、4 関節以上に人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものは、原則として 2 級と認定する。</u></p> <p>第 3 体幹の障害 (略)</p> <p>第 4 肢体の機能の障害 (略)</p>

◎特別児童扶養手当 障害程度認定基準 (第 1 2 節 / 肝疾患)

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	現 行												
<p>別添 1 特別児童扶養手当 障害程度認定基準</p> <p>第 1 2 節 / 肝疾患 肝疾患による障害の程度は、次により認定する。</p> <p>1 認定基準 肝疾患については、次のとおりである。</p>	<p>別添 1 特別児童扶養手当 障害程度認定基準</p> <p>第 1 2 節 / 肝疾患 肝疾患による障害の程度は、次により認定する。</p> <p>1 認定基準 肝疾患については、次のとおりである。</p>												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>障害の程度</th><th>障害の状態</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 級</td><td>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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの</td></tr> <tr> <td>2 級</td><td>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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</td></tr> </tbody> </table>	障害の程度	障害の状態	1 級	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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの	2 級	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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの	<table border="1"> <thead> <tr> <th>障害の程度</th><th>障害の状態</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 級</td><td>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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの</td></tr> <tr> <td>2 級</td><td>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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの</td></tr> </tbody> </table>	障害の程度	障害の状態	1 級	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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの	2 級	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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの
障害の程度	障害の状態												
1 級	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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの												
2 級	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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの												
障害の程度	障害の状態												
1 級	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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの												
2 級	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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの												
<p>肝疾患による障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績、一般状態、治療及び病状の経過、具体的な日常生活状況等により、総合的に認定するものとし、当該疾病の認定時期以後少なくとも 1 年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたる安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを 1 級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを 2 級に該当するものと認定する。</p> <p>2 認定要領</p> <p>(1) 肝疾患による障害の認定の対象は、慢性肝炎と慢性かつびまん性の肝疾患の結果生じた肝硬変症及びそれに付随する病態（食道・胃などの静脈瘤、特発性細菌性腹膜炎、肝がんを含む。）である。</p> <p>肝硬変では、一般に肝は萎縮し肝全体が高度の線維化のため硬化してくる。</p> <p>肝硬変の原因として、B 型肝炎ウイルスあるいは C 型肝炎ウイルスによるウイルス性慢性肝炎やその他自己免疫性肝炎による肝硬変、胆道閉鎖症及びその手術後が原因となった胆汁うっ滞型肝硬変、代謝性肝硬変（ウイルソン病、ヘモクロマトーシス）等がある。</p>	<p>肝疾患による障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績、一般状態、治療及び病状の経過、具体的な日常生活状況等により、総合的に認定するものとし、当該疾病の認定時期以後少なくとも 1 年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたる安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを 1 級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを 2 級に該当するものと認定する。</p> <p>2 認定要領</p> <p>(1) 肝疾患の認定の対象は、慢性肝炎と、慢性かつびまん性の肝疾患の結果生じた肝硬変症及びそれに付随する病態（食道静脈瘤、肝癌を含む。）である。</p> <p>肝硬変では、一般に肝は萎縮し肝全体が高度の線維化のため硬化してくる。</p> <p>慢性肝炎、肝硬変で多いものは、B 型肝炎ウイルスあるいは C 型肝炎ウイルスによるウイルス性慢性肝炎及び肝硬変であり、その他自己免疫性肝炎による肝硬変、先天性胆道閉鎖症及びその手術後が原因となった胆汁うっ滞性肝硬変、代謝性肝硬変（ウイルソン病、ヘモクロマトーシス）等がある。</p>												

改正後

現 行

- (2) 肝疾患の主要症状としては、易疲労感、全身倦怠感、腹部膨満感、発熱、食欲不振、悪心、嘔吐、皮膚そう痒感、吐血、下血、有痛性筋痙攣等の自覚症状、肝萎縮、脾腫大、浮腫、腹水、黄疸、腹壁静脈怒張、食道・胃静脈瘤、肝性脳症、出血傾向等の他覚所見がある。
- (3) 検査としては、まず、血球算定検査、血液生化学検査が行われるが、さらに、血液凝固系検査、免疫学的検査、超音波検査、CT・MRI検査、腹腔鏡検査、肝生検、上部消化管内視鏡検査等が行われる。
- (4) 肝疾患での重症度判定の検査項目及び臨床所見並びに異常値の一部を示すと次のとおりである。

検査項目／臨床所見	基準値	中等度の異常	高度異常
血清総ビリルビン(mg/dl)	0.3～1.2	<u>2.0以上3.0以下</u>	<u>3.0超</u>
血清アルブミン(g/dl) (BCG法)	4.2～5.1	<u>3.0以上3.5以下</u>	<u>3.0未満</u>
血小板数(万/μl)	13～35	5以上10未満	5未満
プロトロンビン時間 (PT) (%)	70超～130	40以上 <u>70以下</u>	40未満
腹水	—	<u>腹水あり</u>	<u>難治性腹水あり</u>
脳症(表1)	—	I度	<u>Ⅱ度以上</u>

表1 昏睡度分類 (略)
(5) (略)

- (2) 肝疾患の主要症状としては、易疲労感、全身倦怠感、腹部膨満感、発熱、食思不振、嘔気、嘔吐、皮膚そう痒感、出血等の自覚症状、肝腫大、脾腫大、浮腫、腹水、黄疸、腹壁静脈怒張、食道静脈瘤、意識障害等の他覚所見がある。
- (3) 検査成績としては、まず、血液生化学検査が行われるが、さらに、免疫学的検査、超音波検査、CT・MRI検査、腹腔鏡検査、内視鏡による食道静脈瘤検査、肝血管造影等が行われる。
- (4) 肝疾患での重症度判定の検査項目及び異常値の一部を示すと次のとおりである。

	基準値	中等度の異常	高度異常
総ビリルビン(mg/dl)	0.3～1.2	<u>2以上3未満</u>	<u>3以上</u>
血清アルブミン(g/dl)	4.2～5.1	<u>2.8以上3.5未満</u>	<u>2.8未満</u>
血小板数(万/μl)	13～35	5以上10未満	5未満
プロトロンビン時間 (PT)	(%)	70～130	40以上 <u>50未満</u>
	(秒)	10～14	4以上6未満の延長 6以上の延長
アルカリフォスファターゼ(ALP) (Bessey法)	0.8～2.3	<u>3.5以上10未満</u>	<u>10以上</u>
コリンエステラーゼ(CHE)	—	診療施設基準値に 対して明らかに病的な 異常値のもの	
腹水	—	<u>中等度(*)</u>	<u>高度(**)</u>
脳症(表1)	—	I度 <u>(*)</u>	<u>Ⅲ度以上(**)</u>

* 治療により軽快するもの

** 治療により軽快しないもの

(注) ALP及びCHEの検査成績は、測定方法や単位により異なるので注意すること。

表1 昏睡度分類 (略)
(5) (略)

改 正 後	現 行												
(6) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。	(6) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>障害の程度</th><th>障害の状態</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 級</td><td>前記(4)の検査成績及び臨床所見のうち高度異常を3つ以上示すもの又は高度異常を2つ及び中等度の異常を2つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの</td></tr> <tr> <td>2 級</td><td>前記(4)の検査成績及び臨床所見のうち中等度又は高度の異常を3つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの</td></tr> </tbody> </table>	障害の程度	障害の状態	1 級	前記(4)の検査成績及び臨床所見のうち高度異常を3つ以上示すもの又は高度異常を2つ及び中等度の異常を2つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの	2 級	前記(4)の検査成績及び臨床所見のうち中等度又は高度の異常を3つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの	<table border="1"> <thead> <tr> <th>障害の程度</th><th>障害の状態</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 級</td><td>前記(4)の検査成績が高度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの</td></tr> <tr> <td>2 級</td><td>前記(4)の検査成績が異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの</td></tr> </tbody> </table>	障害の程度	障害の状態	1 級	前記(4)の検査成績が高度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの	2 級	前記(4)の検査成績が異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの
障害の程度	障害の状態												
1 級	前記(4)の検査成績及び臨床所見のうち高度異常を3つ以上示すもの又は高度異常を2つ及び中等度の異常を2つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの												
2 級	前記(4)の検査成績及び臨床所見のうち中等度又は高度の異常を3つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの												
障害の程度	障害の状態												
1 級	前記(4)の検査成績が高度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの												
2 級	前記(4)の検査成績が異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの												
<p>なお、障害の程度の判定に当たっては、前記(4)の検査成績及び臨床所見によるほか、他覚所見他の一般検査及び特殊検査の検査成績、治療及び病状の経過等も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。</p> <p>(8)に移動)</p> <p>(7) 検査成績は、その性質上変動しやすいので、肝疾患の経過中において、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて認定を行うものとする。</p> <p>(8) <u>食道・胃などの静脈瘤については、吐血・下血の既往、治療歴の有無及びその頻度、治療効果を参考とし、(4)に掲げる検査項目及び臨床所見の異常に加えて、総合的に認定する。特発性細菌性腹膜炎についても、同様とする。</u></p> <p>(9) <u>肝がんについては、(4)に掲げる検査項目及び臨床所見の異常に加えて肝がんによる障害を考慮し、本節及び「第15節／悪性新生物」の認定要領により認定する。ただし、(4)に掲げる検査項目及び臨床所見の異常がない場合は、第15節の認定要領により認定する。</u></p> <p>(10) <u>肝臓移植の取扱い</u> <u>ア 肝臓移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、治療経過、検査成績及び予後等を十分に考慮して総合的に認定する。</u> <u>イ 特別児童扶養手当を支給されていた児童が、肝臓移植を受けた場合は、臓器が生着し、安定的に機能するまでの間を考慮して術後1年間は従前の等級とする。</u></p>	<p>なお、障害の程度の判定に当たっては、前記(4)の検査成績によるほか、他覚所見他の一般検査及び特殊検査の検査成績、治療及び病状の経過等も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。</p> <p>(7) <u>食道静脈瘤は、胃・食道静脈瘤内視鏡所見記載基準及び治療の頻度、治療効果を参考とし、肝機能障害と併せて、総合的に認定する。</u></p> <p>(8) 検査成績は、その性質上変動しやすいので、肝疾患の経過中において、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。</p> <p>((7)から移動)</p>												

◎特別児童扶養手当 障害程度認定基準（第 16 節／その他の障害）

(傍線部分は改正部分)

改 正 後	現 行
<p>別添 1 特別児童扶養手当 障害程度認定基準</p> <p>第 16 節／その他の障害 その他の疾患による障害の程度は、次により認定する。</p> <p>1 認定基準 (略)</p> <p>2 認定要領</p> <p>(1) その他の疾患は、「第 1 節／眼の障害」から「第 15 節／悪性新生物」において取り扱われていない疾患を指すものであるが、本節においては、腹部臓器・骨盤臓器の術後後遺症、人工肛門・新膀胱、<u>遷延性植物状態、いわゆる難病及び臓器移植の取扱いを定める。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 人工肛門・新膀胱 ア・イ (略)</p> <p>(4) <u>遷延性植物状態については、次により取り扱う。</u> <u>ア 遷延性植物状態については、日常生活の用を弁ずることができない状態であると認められるため、1 級と認定する。</u> <u>イ 障害の程度を認定する時期は、その障害の状態に至った日から起算して 3 月を経過した日以後に、医学的観点から、機能回復がほとんど望めないと認められるときとする。</u></p> <p>(5) <u>いわゆる難病については、その発病の時期が不定、不詳であり、かつ、発病は緩徐であり、ほとんどの疾患は、臨床症状が複雑多岐にわたっているため、その認定に当たっては、客観的所見に基づいた日常生活能力等の程度を十分考慮して総合的に認定するものとする。</u> <u>なお、厚生労働省研究班や関係学会で定めた診断基準、治療基準があり、それに該当するものは、病状の経過、治療効果等を参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。</u></p> <p>(6) <u>臓器移植の取扱い</u> <u>ア 臓器移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、治療経過及び検査成績等を十分に考慮して総合的に認定する。</u> <u>イ 障害等級に該当するものが、臓器移植を受けた場合は、臓器が生着し、安定的に機能するまでの間、少なくとも 1 年間は従前の等級とする。</u></p>	<p>別添 1 特別児童扶養手当 障害程度認定基準</p> <p>第 16 節／その他の障害 その他の疾患による障害の程度は、次により認定する。</p> <p>1 認定基準 (略)</p> <p>2 認定要領</p> <p>(1) その他の疾患は、「第 1 節／眼の障害」から「第 15 節／悪性新生物」において取り扱われていない疾患を指すものであるが、本節においては、腹部臓器・骨盤臓器の術後後遺症<u>及びいわゆる難病並びに臓器移植の取扱いを定める。</u></p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 人工肛門、新膀胱 ア・イ (略)</p> <p>(4) <u>いわゆる難病については、その発病の時期が不定、不詳であり、かつ、発病は緩徐であり、ほとんどの疾患は、臨床症状が複雑多岐にわたっているため、その認定に当たっては、客観的所見に基づいた日常生活能力等の程度を十分考慮して総合的に認定するものとする。</u> <u>なお、厚生労働省研究班や関係学会で定めた診断基準、治療基準があり、それに該当するものは、病状の経過、治療効果等を参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。</u></p> <p>((7)からの移動)</p>

改 正 後	現 行																
<p>(7) 障害の程度は、一般状態が次表の一般状態区分表のウに該当するものは1級に、同表のイ又はアに該当するものは2級におおむね相当するので、認定に当たっては、参考とする。</p> <p>一般状態区分表</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th><th>一般状態</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td><td>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</td></tr> <tr> <td>イ</td><td>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</td></tr> <tr> <td>ウ</td><td>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</td></tr> </tbody> </table>	区分	一般状態	ア	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	イ	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	ウ	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	<p>(5) 障害の程度は、一般状態が次表の一般状態区分表のウに該当するものは1級に、同表のイ又はアに該当するものは2級におおむね相当するので、認定に当たっては、参考とする。</p> <p>一般状態区分表</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th><th>一般状態</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ア</td><td>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</td></tr> <tr> <td>イ</td><td>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</td></tr> <tr> <td>ウ</td><td>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</td></tr> </tbody> </table>	区分	一般状態	ア	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	イ	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	ウ	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
区分	一般状態																
ア	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																
イ	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																
ウ	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																
区分	一般状態																
ア	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																
イ	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																
ウ	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																
<p>(8) 「第1節／眼の障害」から「第15節／悪性新生物」及び本節に示されていない障害及び障害の程度については、その障害によって生じる障害の程度を医学的に判断し、最も近似している認定基準の障害の程度に準じて認定する。</p> <p>((6)に移動)</p>	<p>(6) 「第1節／眼の障害」から「第15節／悪性新生物」及び本節に示されていない障害及び障害の程度については、その障害によって生ずる障害の程度を医学的に判断し、最も近似している認定基準の障害の程度に準じて認定する。</p> <p>(7) 臓器移植の取扱い</p> <p>ア 臓器移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、治療経過及び検査成績等を十分に考慮して総合的に認定する。</p> <p>イ 障害等級に該当するものが、臓器移植を受けた場合は、臓器が生着し、安定的に機能するまでの間、少なくとも1年間は従前の等級とする。</p>																

特別児童扶養手当認定診断書

(知的障害・精神の障害用)

(ふりがな) 氏 名			生年月日	平成 年 月 日生(歳)	性別	男・女
住 所	住所地の郵便番号 ()	都道 府県	都市 郡市区			
① 障害の原因と なった傷病名	ICD-10コード()					
② 傷病発生 年 月	主な精神障害 平成 年 月	③ 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	④ 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		
⑤ 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				
⑥ 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(平成 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。			
	⑦ 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()				
	⑧ 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()				
	⑨ 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)				
	⑩ 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()				
	⑪ 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()				
⑫ 性格特徴						

現 症	⑬ 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 【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。	
	⑭ 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	
	⑮ 医学的総合判定 (必ず記入してください)		
	⑯ 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。

平成 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

印

記 入 上 の 注 意

- 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。
- ・×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。
- ④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。
- ⑦から⑩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⑦の欄に記入してください。
- 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。
- ⑭の欄は、⑦から⑬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。

特 別 児 童 扶 養 手 当 認 定 診 断 書

(知的障害・精神の障害用)

(ふりがな) 氏 名			生年月日	平成 年 月 日生(歳)	性別	男・女
住 所	住所地の郵便番号 ()	都道府県	都市区			
① 障害の原因と なった傷病名	ICD-10コード()					
② 傷病発生 年 月	主な精神障害	平成 年 月	③ 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	④ 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	
⑤ 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) (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			
現 症	⑥ 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 ()				
	⑦ 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 ()				
	⑧ 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)				
	⑨ 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 ()				
	⑩ 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 ()				
	⑪ 性格特徴					
	⑫ 日常生活 能力の程度	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 (おむつ必要・おむつ不要) 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)		
⑬ 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					
⑭ 医学的総合判定						
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 地平成 年 月 日
診療担当科名
医 師 氏 名

印

記入上の注意

- 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 ④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 ⑥から⑩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。
- 5 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⑥の欄に記入してください。
- 6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。
- 7 ⑬の欄は、⑥から⑫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。
- 8 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。

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 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 傷病の発生年月日		昭和 年 月 日		診療録で確認 本人の申立て	
				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 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 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 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		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 計測 (平成 年 月 日計測)		身長	cm	脈拍	回/分	血圧	最大 mmHg 血管拡張時・降圧剤 最小 mmHg 無・有
		体重	kg				
障 害 の 状 態							
⑪ 循環器疾患(平成 年 月 日現症)							
1 臨床所見				2 一般状態区分表 (平成 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。)			
動 悸 (無・有・著)				(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)			
呼 吸 困 難 (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			
胸 痛 (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 や座業はできるもの			
失 神 (無・有)				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			
階段昇困難 (無・有・著)				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			
(2) 他覚所見				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ト周辺に限られるもの			
チアノーゼ (無・有・著)							
浮 腫 (無・有・著)							
ばち状指 (無・有)							
尿量減少 (無・有)							
体重増加不良 (無・有・著)							
Ⅱ音亢進 (無・有・著)							
器質的雑音 (無・有)							
(Levine 度)							
3 検査所見				(4) 心カテーテル検査 (平成 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。)				左主幹部又は右冠動脈(S1から3)に50%以上の狭窄 (無・有)			
① 安静時心電図 (平成 年 月 日)				3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄 (無・有)			
心室性期外収縮 (無・有)				巨大冠動脈瘤 (無・有)			
心房細動・粗動 (無・有)				重度の弁逆流 (無・有)			
完全左脚ブロック (無・有)				収縮期圧50mmHg以上の半月弁狭窄 (無・有)			
左室肥大 (無・有)				所見			
右室肥大 (無・有)							
陳旧性心筋梗塞 (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) (平成 年 月 日)				(5) 心エコー検査 (平成 年 月 日)			
(陰性・擬陽性・陽性) METs				体心室 (体血圧を維持する心室) 駆出率 EF %			
(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。				所見(重度の房室弁逆流等)			
③ ホルター心電図 (無・有) (平成 年 月 日)				(6) 血液検査 (平成 年 月 日)			
(所見)				BNP値(脳性ナトリウム利尿ペプチド) pg/mL			
				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) pg/mL			
(2) 胸部X線所見 (平成 年 月 日)							
心胸郭計数 (%)							
肺静脈うっ血 (無・有・著)							
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 (平成 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) (平成 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 (平成 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	(4) 人工弁置換術 無・有		
症状の出現時期 (平成 年 月 日)	(手術名) (平成 年 月 日)		
体育の授業 普通にできる 制限している 参観している	(5) その他の手術 無・有		
(2) 弁疾患の場合	(手術名) (平成 年 月 日)		
原因疾患	(6) その他()		
発病時期 (平成 年 月 日)	(7) 後天性心疾患の場合		
(3) 循環状態	手術 無・有 (手術名)		
①肺高血圧 無・有	その他()		
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 () (平成 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 (平成 年 月 日)			
(3) 植込み型除細動器(ICD)又は除細動器機能付き心臓再同期医療機器(CRT-D) 無・有 (平成 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 (Lown 度)			
(5) その他の手術 無・有 (手術名) (平成 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) (平成 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) (平成 年 月 日)		
(3) 人工血管 無・有	(部位: 胸部・胸腹部・腹部) (平成 年 月 日)		
(4) スtentグラフト 無・有	(部位: 胸部・胸腹部・腹部) (平成 年 月 日)		
(5) その他の手術 無・有	(手術名) (平成 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	(平成 年 月 日)		
(2) 人工心臓 無・有	(平成 年 月 日)		
(3) 心臓再同期医療機器(CRT) 無・有	(平成 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	(平成 年 月 日)		
7 高血圧症			
(1) 二次性高血圧症 (病名:)			
(2) 検査成績			
	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) (平成 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

平成 年 月 日
 診療担当科名
 医師氏名

印

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) ①～⑪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、別に紙片をはりつ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。
- 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。

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		昭和 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		昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て	
		③ ①のため初めて医 師の診断を受けた日		昭和 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		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 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 (昭和・平成 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療内容、 期間、経過、その他参考と なる事項		診療 回数		年間 回 月平均 回	
⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測)		身長	cm	脈 拍	回/分
		体重	kg	血 圧	最大 mmHg 降圧薬服用 最小 mmHg 無 ・ 有
障 害 の 状 態					
⑪ 循 環 器 疾 患 (平成 年 月 日現症)					
1 臨 床 所 見			2 一般状態区分表 (平成 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。)		
動 悸 (無 ・ 有 ・ 著)			(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)		
呼 吸 困 難 (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		
胸 痛 (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 や座業はできるもの		
咳 (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		
痰 (無 ・ 有 ・ 著)			IV 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		
失 神 (無 ・ 有)			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		
(2) 他覚所見			(3) 動脈血ガス分析又は経皮酸素飽和度		
チアノーゼ (無 ・ 有 ・ 著)			(平成 年 月 日)		
浮 腫 (無 ・ 有 ・ 著)			動脈血 O ₂ 分圧 Torr		
頸静脈怒張 (無 ・ 有)			動脈血 CO ₂ 分圧 Torr		
ばち状指 (無 ・ 有)			経皮酸素飽和度 %		
尿量減少 (無 ・ 有)					
器質的雑音 (無 ・ 有)					
(Levine 度)					
3 検 査 所 見			障 害 認 定 に 必 要 と 思 わ れ る 項 目		
(1) 心電図所見					
(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。)					
① 安静時心電図 (平成 年 月 日)					
心室性期外収縮 (無 ・ 有)					
完全房室ブロック (無 ・ 有)					
心房細動・粗動 (無 ・ 有)					
Mobitz II型房室ブロック (無 ・ 有)					
完全左脚ブロック (無 ・ 有)					
0.2mV以上のST低下 (無 ・ 有)					
左室肥大 (無 ・ 有)					
右室肥大 (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) (平成 年 月 日)					
(陰性 ・ 擬陽性 ・ 陽性) METs					
③ ホルター心電図 (無 ・ 有) (平成 年 月 日)					
(所見)					
(2) 胸部X線所見 (平成 年 月 日)					
心胸郭計数 (%)					
肺静脈うっ血 (無 ・ 有 ・ 著)					
肺血流増加又は減少 (無 ・ 有 ・ 著)					
4 その他の所見 (平成 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			
⑪ 疾患別所見 （平成 年 月 日現症） （該当する疾患について記入してください。）			
1 不整脈			
(1) 難治性不整脈	無 ・ 有 （	）（平成 年 月 日）	
(2) ペースメーカー治療	無 ・ 有	（平成 年 月 日）	
(3) 植込み型除細動器（ICD）	無 ・ 有	（平成 年 月 日）	
(4) その他（	）		
2 先天性心疾患 ・ 弁疾患 ・ その他の循環器疾患			
(1) 先天性疾患の場合			
症状の出現時期	（昭和 ・ 平成 年 月 日）		
体育の授業	普通にできる	参観している	
(2) 弁疾患の場合			
原因疾患			
発病時期	（昭和 ・ 平成 年 月 日）		
(3) 人工弁置換術	無 ・ 有	（手術名	）（平成 年 月 日）
(4) その他の手術	無 ・ 有	（手術名	）（平成 年 月 日）
(5) その他（	）		
(6) その他の循環器疾患の場合			
手術	無 ・ 有	（手術名	）（平成 年 月 日）
その他（	）		
3 高血圧症			
(1) 二次性高血圧症（病名：	）		
(2) 検査成績			
	血 圧 測 定 年 月 日	最 大 血 圧	最 小 血 圧 降 圧 薬 服 用
			無 ・ 有
			無 ・ 有
			無 ・ 有
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）			
⑯ 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。

平成 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

印

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。
①～⑪及び⑬～⑮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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 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。

特 別 児 童 扶 養 手 当 認 定 診 断 書

(腎、肝疾患、糖尿病の障害用)

(ふりがな) 氏 名		生年月日		平成 年 月 日生(歳)		性別		男・女																																																																																																					
住 所		住所地の郵便番号 ()		都道 府県		区市 区																																																																																																							
① 障害の原因 となった 傷 病 名		② 傷病の発生日		昭和 年 月 日		診療録で確認 本人の申立て																																																																																																							
		③ ①のため初めて医 師の診断を受けた日		昭和 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 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 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 年 月 日)																																																																																																													
⑨ 現在までの治療内容、 期間、経過、その他参考と 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 計 測 (平成 年 月 日計測)		身長 cm		脈 拍		血 圧 最 大		mmHg																																																																																																					
		体重 kg		回/分		血 圧 最 小		mmHg																																																																																																					
⑪ 一般状態区分表 (平成 年 月 日)		(該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。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。)																																																																																																											
		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																																																																																																													
⑫ 腎 疾 患 (平成 年 月 日現症)		腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(⑩)の欄にも、必要事項を記入してください。																																																																																																											
1 臨 床 所 見		(3) 検 査 成 績 (記入上の注意を参照)																																																																																																											
(1) 自覚症状		(2) 他覚所見																																																																																																											
悪 心 (無・有・著)		浮 腫 (無・有・著)																																																																																																											
食 欲 不 振 (無・有・著)		腎不全に基づく																																																																																																											
頭 痛 (無・有・著)		神 経 症 状 (無・有)																																																																																																											
意 識 障 害 (無・有・著)		消 化 器 症 状 (無・有)																																																																																																											
		視 力 障 害 (無・有)																																																																																																											
2 腎バイオプシー																																																																																																													
無・有 (所見)																																																																																																													
3 人工透析療法																																																																																																													
(1) 人工透析療法の実施の有無 無・有 (CAPD血液透析)																																																																																																													
(2) 人工透析開始日 (平成 年 月 日)																																																																																																													
(3) 人工透析実施状況 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 (その所見)																																																																																																													
4 その他の所見 (腎臓移植術を行っているときは、その実施日を記入してください。)																																																																																																													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">検 査 日</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>検 査 項 目</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿蛋白一日量</td> <td>g/日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿 蛋白</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿 沈 渣</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>赤 血 球</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>白 血 球</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>円 柱</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>赤 血 球 数</td> <td>$\times 10^4 / \mu\text{L}$</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血 色 素 量</td> <td>g/dL</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> </tr> <tr> <td>白 血 球 数</td> <td>$/ \mu\text{L}$</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血 小 板 数</td> <td>$\times 10^4 / \mu\text{L}$</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>総 蛋 白 量</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アルブミン</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>総コレステロール</td> <td>mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血液尿素窒素(BUN)</td> <td>mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清クレアチニン濃度</td> <td>mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>内因性クレアチン・クリアランス</td> <td>mL/分</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>動 脈 血 pH</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								検 査 日					検 査 項 目					尿蛋白一日量	g/日				尿 蛋白					尿 沈 渣					赤 血 球					白 血 球					円 柱					赤 血 球 数	$\times 10^4 / \mu\text{L}$				血 色 素 量	g/dL				ヘマトクリット	%				白 血 球 数	$/ \mu\text{L}$				血 小 板 数	$\times 10^4 / \mu\text{L}$				総 蛋 白 量	g/dL				アルブミン	g/dL				総コレステロール	mg/dL				血液尿素窒素(BUN)	mg/dL				血清クレアチニン濃度	mg/dL				内因性クレアチン・クリアランス	mL/分				動 脈 血 pH				
検 査 日																																																																																																													
検 査 項 目																																																																																																													
尿蛋白一日量	g/日																																																																																																												
尿 蛋白																																																																																																													
尿 沈 渣																																																																																																													
赤 血 球																																																																																																													
白 血 球																																																																																																													
円 柱																																																																																																													
赤 血 球 数	$\times 10^4 / \mu\text{L}$																																																																																																												
血 色 素 量	g/dL																																																																																																												
ヘマトクリット	%																																																																																																												
白 血 球 数	$/ \mu\text{L}$																																																																																																												
血 小 板 数	$\times 10^4 / \mu\text{L}$																																																																																																												
総 蛋 白 量	g/dL																																																																																																												
アルブミン	g/dL																																																																																																												
総コレステロール	mg/dL																																																																																																												
血液尿素窒素(BUN)	mg/dL																																																																																																												
血清クレアチニン濃度	mg/dL																																																																																																												
内因性クレアチン・クリアランス	mL/分																																																																																																												
動 脈 血 pH																																																																																																													

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。)

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) ①～⑪及び⑬～⑰の欄は、全て記入してください。それ以外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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移の推移」の検査成績は、過去6ヶ月間における2回以上の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を実施後の検査成績を記入してください。
 - (3) ⑬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。
 - (4) ⑬の欄の「2 Child-Pugh」によるgrade」の点数に○を付してください。
 - (5) ⑬の欄の「8 治療の内容」は、⑬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。
 - (6) ⑭の欄の「3 合併症」については、過去3ヶ月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

特 別 児 童 扶 養 手 当 認 定 診 断 書

(腎、肝疾患、糖尿病の障害用)

(ふりがな) 氏 名		昭和 平成		年 月 日生(歳)		男・女																																																																																														
住 所		住所地の郵便番号 (-)		都 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		昭和 年 月 日		診療録で確認 本人の申立て																																																																																														
		③ ①のため初めて医 師の診断を受けた日		昭和 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		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 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 (昭和・平成 年 月 日)																																																																																																				
⑨ 現在までの治療内容、 期間、経過、その他参考と なる事項		診療回数 年間 回、月平均 回				手術名 ()																																																																																														
		手術歴				手術年月日 (年 月 日)																																																																																														
⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測)		身長 cm		脈 拍		血 最大 mmHg																																																																																														
		体重 kg		回/分		血 最小 mmHg																																																																																														
⑪ 一般状態区分表 (平成 年 月 日)		(該当するものを選んでどれか1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。)																																																																																																		
		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																																																																																																				
⑫ 腎 疾 患 (平成 年 月 日現症)		腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(④)の欄にも、必要事項を記入してください。																																																																																																		
1 臨 床 所 見		(3) 検 査 成 績 (記入上の注意を参照)																																																																																																		
(1) 自覚症状																																																																																																				
悪 心 (無・有・著)		(2) 他覚所見																																																																																																		
食 欲 不 振 (無・有・著)		浮 腫 (無・有・著)																																																																																																		
頭 痛 (無・有・著)		腎不全に基づく																																																																																																		
意 識 障 害 (無・有・著)		神 経 症 状 (無・有)																																																																																																		
		消 化 器 症 状 (無・有)																																																																																																		
		視 力 障 害 (無・有)																																																																																																		
2 腎バイオプシー																																																																																																				
無・有 (所見)																																																																																																				
3 人工透析療法																																																																																																				
(1) 人工透析療法の実施の有無 無・有 (CAPD血液透析)																																																																																																				
(2) 人工透析開始日 (平成 年 月 日)																																																																																																				
(3) 人工透析実施状況 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 (その所見)																																																																																																				
4 その他の所見 (腎臓移植術を行っているときは、その実施日を記入してください。)																																																																																																				
		<table border="1"> <tr> <th colspan="2">検 査 日</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <th colspan="2">検 査 項 目</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> <tr> <td colspan="2">尿蛋白一日量 g/日</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">尿 蛋 白</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">尿 沈 渣</td> <td>赤 血 球</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>白 血 球</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>円 柱</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">赤 血 球 数 $\times 10^4/\mu\text{l}$</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血 色 素 量 g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">ヘマトクリット %</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">白 血 球 数 $/\mu\text{l}$</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血 小 板 数 $\times 10^4/\mu\text{l}$</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">総 蛋 白 量 g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">アルブミン g/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">総コレステロール mg/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血液尿素窒素(BUN) mg/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">血清クレアチニン濃度 mg/dl</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">内因性クレアチニン・クリアランス ml/分</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">動 脈 血 pH</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						検 査 日					検 査 項 目					尿蛋白一日量 g/日					尿 蛋 白					尿 沈 渣	赤 血 球				白 血 球				円 柱				赤 血 球 数 $\times 10^4/\mu\text{l}$					血 色 素 量 g/dl					ヘマトクリット %					白 血 球 数 $/\mu\text{l}$					血 小 板 数 $\times 10^4/\mu\text{l}$					総 蛋 白 量 g/dl					アルブミン g/dl					総コレステロール mg/dl					血液尿素窒素(BUN) mg/dl					血清クレアチニン濃度 mg/dl					内因性クレアチニン・クリアランス ml/分					動 脈 血 pH				
検 査 日																																																																																																				
検 査 項 目																																																																																																				
尿蛋白一日量 g/日																																																																																																				
尿 蛋 白																																																																																																				
尿 沈 渣	赤 血 球																																																																																																			
	白 血 球																																																																																																			
	円 柱																																																																																																			
赤 血 球 数 $\times 10^4/\mu\text{l}$																																																																																																				
血 色 素 量 g/dl																																																																																																				
ヘマトクリット %																																																																																																				
白 血 球 数 $/\mu\text{l}$																																																																																																				
血 小 板 数 $\times 10^4/\mu\text{l}$																																																																																																				
総 蛋 白 量 g/dl																																																																																																				
アルブミン g/dl																																																																																																				
総コレステロール mg/dl																																																																																																				
血液尿素窒素(BUN) mg/dl																																																																																																				
血清クレアチニン濃度 mg/dl																																																																																																				
内因性クレアチニン・クリアランス ml/分																																																																																																				
動 脈 血 pH																																																																																																				

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																																																																																																																																
⑬ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現症)					<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; font-size: small;"> 糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)、腎疾患(⑯)の欄にも、必要事項を記入してください。 </div>																																																																																																																											
1 臨 床 所 見 (1) 自覚症状 悪 心 (無 ・ 有 ・ 著) 食 欲 不 振 (無 ・ 有 ・ 著) か ゆ み (無 ・ 有 ・ 著) 全 身 倦 怠 (無 ・ 有 ・ 著) 発 熱 (無 ・ 有 ・ 著) 黒 色 便 (無 ・ 有 ・ 著) (2) 他覚所見 黄 疸 (無 ・ 有 ・ 著) 浮 腫 (無 ・ 有 ・ 著) 腹 壁 静 脈 拡 張 (無 ・ 有 ・ 著) 肝 萎 縮 (無 ・ 有 ・ 著) 脾 腫 大 (無 ・ 有 ・ 著) 腹 水 (無 ・ 有 ・ 著) 肝 性 脳 症 (無 ・ 有 (度)) 出 血 傾 向 (無 ・ 有 ・ 著)					(3) 検 査 成 績 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">検査項目</th> <th style="width: 10%;">検査日</th> <th style="width: 10%;">施 設</th> <th style="width: 10%;">基 準 値</th> <th style="width: 10%;">. . .</th> <th style="width: 10%;">. . .</th> <th style="width: 10%;">. . .</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>GOT (AST)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>GPT (ALT)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総ビリルビン</td><td></td><td></td><td>mg/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALP (アルカリホスファターゼ)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白</td><td></td><td></td><td>g/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td></td><td></td><td>g/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ZTT</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数</td><td></td><td></td><td>万/μL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>プロトロンビン</td> <td></td> <td></td> <td>%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>時間</td> <td></td> <td></td> <td>延長秒</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr><td>総コレステロール</td><td></td><td></td><td>mg/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>コリンエステラーゼ</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>					検査項目	検査日	施 設	基 準 値	GOT (AST)							GPT (ALT)							γ-GPT							総ビリルビン			mg/dL				ALP (アルカリホスファターゼ)							血清総蛋白			g/dL				血清アルブミン			g/dL				ZTT							血小板数			万/μL				プロトロンビン			%				時間			延長秒				総コレステロール			mg/dL				血中アンモニア							コリンエステラーゼ							AFP							PIVKA-2						
検査項目	検査日	施 設	基 準 値																																																																																																																										
GOT (AST)																																																																																																																																
GPT (ALT)																																																																																																																																
γ-GPT																																																																																																																																
総ビリルビン			mg/dL																																																																																																																													
ALP (アルカリホスファターゼ)																																																																																																																																
血清総蛋白			g/dL																																																																																																																													
血清アルブミン			g/dL																																																																																																																													
ZTT																																																																																																																																
血小板数			万/μL																																																																																																																													
プロトロンビン			%																																																																																																																													
時間			延長秒																																																																																																																													
総コレステロール			mg/dL																																																																																																																													
血中アンモニア																																																																																																																																
コリンエステラーゼ																																																																																																																																
AFP																																																																																																																																
PIVKA-2																																																																																																																																
2 先天性胆道閉鎖症の治療歴 (1) 手術所見 (日時: 平成 年 月 日) (2) 治療経過					3 その他の所見 (1) 肝移植 (無・有、経過 ()) (2) その他 ()																																																																																																																											
⑭ 糖 尿 病 (平成 年 月 日現症) <div style="float: right; font-size: x-small;">(腎合併症を認める例では、腎疾患(⑯)の欄に必要事項を記入してください。)</div>																																																																																																																																
1 病 型 (いずれかの病型に○を付してください。) (1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病 (3) その他の型 (病名)					4 治療状況 (1) 食事療法のみ (2) 経口糖尿病薬による (3) インスリン療法 (単位/日、 回/日)																																																																																																																											
2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">年 月 日</th> <th style="width: 15%;">施設基準値</th> <th style="width: 15%;">. . .</th> <th style="width: 15%;">. . .</th> <th style="width: 15%;">. . .</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HbA1c (%)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>空腹時血糖値 (mg/dL)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					年 月 日	施設基準値	HbA1c (%)					空腹時血糖値 (mg/dL)					5 インスリン療法の自己管理状況 (1) インスリン注射の施行 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (介助の必要な理由:) (2) 血糖値測定 就寝中: <input type="checkbox"/> 毎日測定 <input type="checkbox"/> 時々測定 <input type="checkbox"/> 測定なし 日 中: <input type="checkbox"/> 毎日測定 <input type="checkbox"/> 時々測定 <input type="checkbox"/> 測定なし (介助の必要な理由:) (3) インスリン量の管理等 (状態に応じた適切な対応 (インスリン量の調整又は補食など) ができるかで判断して下さい。) <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (介助の必要な理由:)																																																																																																												
年 月 日	施設基準値																																																																																																																												
HbA1c (%)																																																																																																																																
空腹時血糖値 (mg/dL)																																																																																																																																
3 合併症 (合併症がある場合に記載して下さい。) (1) 眼 合 併 症 (2) 神経障害 (症状・検査所見) (3) その他																																																																																																																																
⑮ そ の 他 の 代 謝 疾 患 (平成 年 月 日現症) (自覚症状・他覚所見・検査成績等)																																																																																																																																
⑯ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください)																																																																																																																																
⑰ 予 後 (必ず記入してください)																																																																																																																																
⑱ 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。

平成 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

印

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) ①～⑪及び⑮～⑱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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
 - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移の推移」の検査成績は、過去6ヶ月間における2回以上の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を実施後の検査成績を記入してください。
 - (3) ⑭の欄の「3 合併症」については、過去3ヶ月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。