

(表 面)

特別障害者手当認定診断書（視覚障害用）					
① 氏 名	(ふりがな)		男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 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 年 月 日	昭和 平成 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 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有(年後)・無	
現 症	⑨ 眼所見 (前眼部, 中間透光体, 眼底所見)				
			裸眼視力	矯正視力	矯正可能な場合は使用眼鏡の種類とその度数
	⑩ 視 力	右眼			
		左眼			
⑪ 備考					
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					

◎ 裏面をよく読んでから記入してください。

◎ 字は楷書ではつきり書いてください。

(日本工業規格A列4番)

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つ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の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとしてください。
- 5 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。

◎ 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。

◎ 字は指番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、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。

特別障害者手当て認定診断書 (身体不自由用)									
(ふりがな)		氏名		男・女	② 生年月日	明治 年 月 日 大正 年 月 日			
① 氏名					③ 生年所				
③ 生年所				④ 障害の原因となつた通病名					
⑤ 障害の原因又は通病名	先天性後天性(疾病・不慮死・労災その他)			⑥ 発病年月日	昭和 年 月 日		昭和 年 月 日		
⑦ ⑧ のなめ初めて医師の診断を受けた日	昭和 年 月 日	⑨ の	昭和 年 月 日	⑩ 将来予定量	有 (年数) 無				
⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿									
㊸									

[illegible]

注意

- この診断書は、特別障害者手当の支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ず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。
- 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。
- ⑨の欄は、次によってください。
 - 1の図は、障害の種類に応じてそれぞれの部位を塗りつぶしてください。
 - 3の「四肢長」の測定は、上肢長については肩峰から肘窩まで、下肢長については、腓骨前上縁から肉果までの距離を測ってください。
 - 4の「障害の短因部位」が原因性のもと思われる場合は、「その他」のところを○で囲んでください。
 - 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部位を0°（前肢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

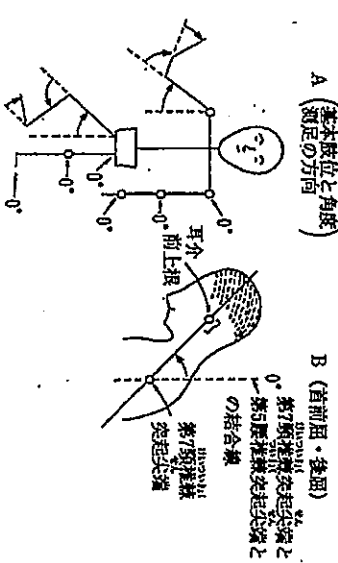
例

- ア 自然直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）

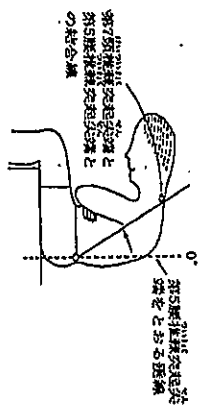
イ 四肢の運動角度は、図Aの↘の角度を記入してください。

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、自然直立位で体幹がとる位置は、すべて0°とします。

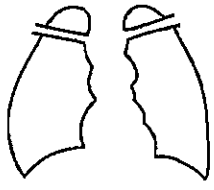


C (体幹前屈・後屈)



- (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……検査者が手で加える十分な抵抗を非して自動可能な場合
やや減……検査者が手を置いた程度の抵抗を非して自動可能な場合
半 減……検査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）
減……自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを非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 (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
③ 住 所		④ 障害の原因となつた傷病名		
⑤ 医師の診断を受けた日		昭和 年 月 日 平成	⑥ 傷 病 発 生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
⑦ 障害が永続すると判定された日		昭和 年 月 日 平成	推定 確認	⑧ 将 来 再 認 定 の 要 有 (年後) ・ 無
現 症	⑨ 臨床所見 (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 臓 ベ ー ス メ ー カ ー 装 置 (有 (昭和 年 月 装着) 無) (12) 人 工 弁 装 置 (有 (昭和 年 月 装着) 無) (13) その他の臨床所見 (14)		⑪ 活動能力の程度 (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 (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 ₁ を除く。)のいずれかのT波の逆転 (有 ・ 無)		年 月 日撮影  比胸比 %	
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. 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		
⑬ 備考				
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 ㊞				

◎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。

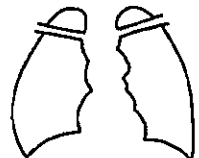
◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。

(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 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。

特別障害者手当認定診断書(結核及び換気機能障害用)

(ふりがな)				明治 大正 昭和 平成		年	月	日
① 氏 名		男・女	② 生 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	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	
現 症	⑨ 身体計測 身長 cm : 体重 kg				⑩ 安静を要する程度			
	⑪ 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  撮影 年 月 日				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程度の労働はよい 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。 8度 疲れない程度の普通の生活			
	⑫ 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。 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。				⑬ 動脈血ガス分析値(平成 年 月 日) ア. 動脈血O ₂ 分圧 mmHg イ. 動脈血CO ₂ 分圧 mmHg			
	⑭ 換気機能(平成 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				⑮ 現在までの治療内容等			
⑯ 備考	⑰ その他の障害又は病状臨床所見							
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								

◎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、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 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。

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 年 月 日 平成																																																																																											
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 年 月 日 平成		⑥ 傷病発生 年 月 日	昭和 年 月 日 平成																																																																																											
⑦ 障害が永続すると判定 された日	昭和 年 月 日 平成		⑧ 将来再認定 の要	有(年後) ・ 無																																																																																											
⑨ 腎 臓 疾 患 (平成 年 月 日現症)																																																																																															
1 臨 床 所 見 (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) (2) 他覚所見 浮 腫 (無・有・著) 貧 血 (無・有・著) アシドーシス (無・有・著) 腎不全に基づく 神経症状 (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)			(6) 検 査 成 績 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">検査項目</th> <th style="width: 10%;">検査日</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1日尿蛋白量</td><td>g/日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>尿蛋白/尿クレアチニン比</td><td>g/gCr</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>尿 蛋 白</td><td>(定性)</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>ヘモグロビン</td><td>g/dL</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>血清総蛋白</td><td>g/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>g/dL</td><td></td><td></td><td></td></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</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</td><td>mg/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>cGFR</td><td>mL/分</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>1日尿量</td><td>mL/日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>内因性クレアチニン・クリアランス</td><td>mL/分</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>動脈血(HCO₃)</td><td>mEq/L</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			検査項目	検査日				1日尿蛋白量	g/日				尿蛋白/尿クレアチニン比	g/gCr				尿 蛋 白	(定性)				赤血球数	$\times 10^4/\mu\text{L}$				ヘモグロビン	g/dL				白血球数	$/\mu\text{L}$				血小板数	$\times 10^4/\mu\text{L}$				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					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				cGFR	mL/分				1日尿量	mL/日				内因性クレアチニン・クリアランス	mL/分				動脈血(HCO ₃)	mEq/L			
検査項目	検査日																																																																																														
1日尿蛋白量	g/日																																																																																														
尿蛋白/尿クレアチニン比	g/gCr																																																																																														
尿 蛋 白	(定性)																																																																																														
赤血球数	$\times 10^4/\mu\text{L}$																																																																																														
ヘモグロビン	g/dL																																																																																														
白血球数	$/\mu\text{L}$																																																																																														
血小板数	$\times 10^4/\mu\text{L}$																																																																																														
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																																																																																															
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																																																																																														
cGFR	mL/分																																																																																														
1日尿量	mL/日																																																																																														
内因性クレアチニン・クリアランス	mL/分																																																																																														
動脈血(HCO ₃)	mEq/L																																																																																														
2 腎 生 検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見																																																																																															
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 (平成 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(平成 年 月 日)) 経過 (2) その他																																																																																															
⑩ 活動能力の程度(該当するもの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 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																																																																																															
⑫ 備 考																																																																																															
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																																																																																										

◎ 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、はつ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)			
(ふりがな)			
① 氏 名	男・女	② 生 年 月 日	昭和 年 月 日
③ 住 所	④ 疾病の原因となつた病名		
⑤ ⑥ のため又は⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		
⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿		
⑨ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑩ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑪ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑫ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑬ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑭ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑮ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑯ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑰ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑱ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑲ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
⑳ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉑ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉒ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉓ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉔ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉕ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉖ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉗ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉘ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉙ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉚ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉛ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉜ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉝ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉞ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㉟ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊱ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊲ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊳ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊴ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊵ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊶ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊷ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊸ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊹ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊺ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊻ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊼ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊽ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊾ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			
㊿ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現在)			

⑩ 血液検査成績 (平成 年 月 日現在)	
1. 臨床所見	2. 血液検査成績 (平成 年 月 日)
立ちくらみ (有・無)	検査項目
動 悸 (有・無)	血 色 素 量
息 切 れ (有・無)	赤 血 球 数
出 血 傾 向 (有・無)	相 対 血 球 数
発 熱 (有・無)	白 血 球 数
感 染 (有・無)	顆 粒 球 数
前回の同検査結果 (平成 年 月 日)	淋 病 的 細 胞 数
計 画 回 計	血 小 板 数
その 他 の 臨 床 所 見	有 核 細 胞 数
	巨 核 球 数
	リ ン 球
	E/M
	病 的 細 胞
	%

⑪ その他の検査成績 (平成 年 月 日現在)	
1. 臨床所見	2. 検査成績
安静を要する程度	5. 一定時間内の歩行歩行 (1.5時間以内)
1. 絶対安静	6. 健康な人の2分の1程度の歩行歩行
2. ベッド上の安静	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
3. 必要時のみ室内歩行 (30分以内)	8. 寝たままの生活
4. 室内歩行はよい (1時間以内)	
⑫ 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、業務用と同様による	
2. 軽度の症状があり、身体労働は制限を受けるが、歩行・軽労働や些微はできる。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、特に少し歩行のいることある。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はできるが、しばしば歩行が困難で、日中の50%以上は起居している	
5. 身のまわりのこともできず、常に歩行が困難で、終日就床を必要としている	
⑬ 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 断 担 当 科 名	
医師氏名	
⑭	

⑭ 裏面の注意をよく読んで記入して下さい。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な事項は記入する必要ありません。

⑮ 字は楷書で1センチと書いて下さい。

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 ○×で答えられる場合は、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、別に紙をはり付けてそれに記入してください。
- 3 ⑨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病状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 血液の検査成績は、過去3か月間において、症状を最もよく表している成績を記入してください。
- 6 ⑩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、BPG法又は改良BPG法のいずれかに○を付してください。
- 7 ⑩の欄の「2 Chit-Y値」による「grade」の点数に○を付してください。
- 8 ⑩の欄の「7 治療内容」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)の治療がある場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
- 9 ⑪の「その他の疾患」の欄には、視覚障害、聴覚障害、肢体障害、結核及び肺炎、糖尿病、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。
- 10 問診による身体状態と聴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 年 月 日 平成
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 昭和 年 月 合併精神障害 昭和 年 月 合併身体障害 昭和 年 月	⑥ 合 併 症	精神障害 身体障害		
⑦ ④のため初めて医師 の診断を受けた日	昭和 年 月 日 平成	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(平成 年 月 日現症)					
現 症	現在の病状又は状態像		上記の状態について、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 逆行機能障害 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 もろろ 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躁状態 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自殺企図 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、便秘、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					

(裏 面)

現 症	⑪ 日常生活能力の程度	1 食事 (・ひとりでできる ・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 (・ひとりでできる ・介助があればできる ・できない)	
(必ず記入してください)	上記の内容を具体的に記載して下さい。	4 簡単な買物 (・ひとりでできる ・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) (・守ることができる ・不十分ながら守る ・守ることが)
		から身を守る (・守ることができる ・不十分ながら守る ・守ることが)
⑫ 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	
⑬ 備 考		
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		

◎ 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⑬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⑩の欄に記入してください。
- ⑭の欄は、⑪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、「精神保健福祉医」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」、「診療担当科名」は記入する必要はありません。