

| | |
|------------------------------------|------------------------------|
| 区・支所名 | 請求者(受給者)氏名 |
| 新規認定 | |
| 有期認定(都特第 _____ 号), 現在の等級(_____)級 | |
| 額改定請求 (都特第 _____ 号) | 対象児童の追加 |
| | 対象児童の障害の増進・現在の等級(_____)級 |
| | 対象児童の障害種別の追加・現在の等級(_____)級 |



↑ 該当するものに○を記入してください。

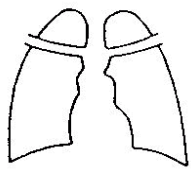
特別児童扶養手当認定診断書

様式第5号

(呼吸機能障害用)

| | | | | | |
|--|--|------------------------------------|---|------------------|--------------------------------|
| (フリガナ) 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日生(歳) | 性別 | 男・女 |
| 住所 | | 住所地の郵便番号 (_____) | 都市 町 区 村 | | |
| ① 障害の原因 となった 傷病名 | | ② 傷病の発生日 | 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 | 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 年 月 日 (推定・確認) | | | |
| | | 傷病が治っていない場合 ……症状のよくなる見込 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 (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 (抗結核科学療法を行った場合は, 使用薬剤名及び使用期間を明記し てください。) | | | | 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) |
| 障 害 の 状 態 | | | | | |
| ⑩ 共通項目 (この欄は, 必ず記入してください。) (3)については, 該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) | | | | | |
| 1 身体計測 (年 月 日) 身長 _____ cm : 体重 _____ kg | | | 3 一般状態区分表 (年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを○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) | | |
| 2 胸部X線所見 (A) (A図) (1) 胸膜癒着 なし・軽・中・高 (2) 気腫化 なし・軽・中・高 (3) 繊維化 なし・軽・中・高 (4) 不透明肺 なし・軽・中・高 (5) 胸郭変形 なし・軽・中・高 (6) 心縦隔の変形 なし・軽・中・高 (7) 胸膜癒着 なし・軽・中・高 撮影年月日(年 月 日) | | | 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 や作業はできるもの 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 | | |
| 4 臨床所見 (1) 自覚症状 (2) 他覚所見 咳 (無・有・著) 肺性心所見 (無・有) 痰 (無・有・著) チアノーゼ (無・有) 胸痛 (無・有・著) ばち状指 (無・有) 呼吸困難 栄養状態 (良・中・不良) 安静時(無・有・著) ラ音 (有・一部・広範囲) 体動時(無・有・著) 喘鳴 (無・有・著) (3) その他の所見 | | | 5 換気機能 (年 月 日) (1) 肺活量実測値 (VC) _____ ml (2) 予測肺活量 _____ ml (_____ %肺活量) (3) 努力性肺活量 (FVC) _____ ml (4) 1 秒率 (FEV1.0) _____ (5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) _____ (4) / (3) × 100 (6) 予測肺活量1秒率 _____ (4) / (2) × 100 | | |
| | | | 6 動脈血ガス分析(酸素吸入をしないで)及び 経皮酸素飽和度 (年 月 日) (1) 動脈血 O ₂ 分圧 _____ Torr (2) 動脈血 CO ₂ 分圧 _____ Torr (3) 動脈血 pH _____ (4) 経皮酸素飽和度 _____ % | | |
| | | | 7 在宅酸素療法 (1) 無・有 (年 月 日開始) 施行時期(_____ 時間/日・常時) 酸素吸入量 _____ ℓ/分 (2) 酸素療法中の動脈血ガス分析 ①動脈血 O ₂ 分圧 _____ Torr ②動脈血 CO ₂ 分圧 _____ Torr | | |
| 8 その他の所見 | | | | | |

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。)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|----------------------|---------------------------|------------|----------------------|---------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------|----|-----------|---|--------|---|---|---|--|---|---|---|----|---|----|-----|----|---|---|----|-----|----|---|--|--|----|----|-------|----|----------------------|-------|----|----------------------|
| ⑪ 肺結核症 (年 月 日現症) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 胸部X線所見(B) 初診時(年 月 日)  <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 前頁のA図のX線 所見の日本結核病 学会分類を記入し してください。 ↓ </div> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">病側</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">左</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">両</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">右</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">左</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">両</td> </tr> <tr> <td>日本結核病学会分類</td> <td rowspan="2" style="font-size: 2em;">{</td> <td>病巣の拡がり</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>病型</td> <td style="text-align: center;">I</td> <td style="text-align: center;">II</td> <td style="text-align: center;">III</td> <td style="text-align: center;">IV</td> <td style="text-align: center;">V</td> <td style="text-align: center;">I</td> <td style="text-align: center;">II</td> <td style="text-align: center;">III</td> <td style="text-align: center;">IV</td> <td style="text-align: center;">V</td> </tr> </table> | | | 病側 | 右 | 左 | 両 | | 右 | 左 | 両 | 日本結核病学会分類 | { | 病巣の拡がり | 1 | 2 | 3 | | 1 | 2 | 3 | 病型 | I | II | III | IV | V | I | II | III | IV | V | 2 結核菌検査成績 (現在陰性のときはその旨と最終陽性時期を併記してください。) 検査材料(たん、喉頭粘液、気管支洗滌液、胃液、穿刺液) <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>塗抹</td> <td>培養</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>-+</td> <td>(ガフキー 号) ; -+ (コロニー)</td> </tr> <tr> <td>年 月 日</td> <td>-+</td> <td>(ガフキー 号) ; -+ (コロニー)</td> </tr> </table> 3 その他の所見 (結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無) | | 塗抹 | 培養 | 年 月 日 | -+ | (ガフキー 号) ; -+ (コロニー) | 年 月 日 | -+ | (ガフキー 号) ; -+ (コロニー) |
| | | 病側 | 右 | 左 | 両 | | 右 | 左 | 両 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日本結核病学会分類 | { | 病巣の拡がり | 1 | 2 | 3 | | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病型 | | I | II | III | IV | V | I | II | III | IV | V | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 塗抹 | 培養 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | -+ | (ガフキー 号) ; -+ (コロニー) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日 | -+ | (ガフキー 号) ; -+ (コロニー) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 安静を要する程度 <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1度 絶対安静</td> <td style="width: 50%;">5度 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)</td> </tr> <tr> <td>2度 ベット上の安静</td> <td>6度 健康な人の2分の1程度の運動はよい</td> </tr> <tr> <td>3度 必要時のみ室内歩行(30分以内)</td> <td>7度 軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる。</td> </tr> <tr> <td>4度 室内歩行はよい(1時間以内)</td> <td>8度 疲れない程度の普通の生活</td> </tr> </table> | | 1度 絶対安静 | 5度 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内) | 2度 ベット上の安静 | 6度 健康な人の2分の1程度の運動はよい | 3度 必要時のみ室内歩行(30分以内) | 7度 軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる。 | 4度 室内歩行はよい(1時間以内) | 8度 疲れない程度の普通の生活 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1度 絶対安静 | 5度 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2度 ベット上の安静 | 6度 健康な人の2分の1程度の運動はよい | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3度 必要時のみ室内歩行(30分以内) | 7度 軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4度 室内歩行はよい(1時間以内) | 8度 疲れない程度の普通の生活 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫ 気管支喘息 (年 月 日現症) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 時間の経過と病状 (1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。 (2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。 2 ピークフロー値 (PEFR) 最近(1ヶ月程度の期間)の 最高値 _____ L/分、最低値 _____ L/分、平均 _____ L/分 (但し慢性安定期であることを前提とし、発作時の成績は除く) | 5 入院歴 入院歴 有 ・ 無 (過去2年間に喘息のために入院した場合は、その期間を記入) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 発作の強度 (1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難 (2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい (3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通 (4) その他 ① 喘鳴のみ ② 急ぐと苦しい ③ 急いでも苦しくない | 4 発作の頻度 (1) 1週に 5日以上 (2) 1週に 3 ~ 4日 (3) 1週に 1 ~ 2日 (4) その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 治療 (治療で使用している薬剤に○をつけ必要事項を記入してください。) (1) 経口ステロイド薬 発作時のみ _____ (投与量 _____) 連 用 _____ (2) 吸入ステロイド薬 薬剤名(_____)、(投与量 _____) (3) その他の薬剤 長時間作用性β2刺激剤薬 ロイコトリエン受容体拮抗薬 抗アレルギー薬 テオフィリン徐放製薬 その他(_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑬ その他の障害又は症状の所見等 (年 月 日現症) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑭ 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑮ 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。
 病院又は診療所の名称
 所 在 地

年 月 日
 診療担当科名
 医 師 氏 名

注 意

- 1 この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
- 3 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)
- 5 「障害の状態」の欄は、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 胸部X線所見のあるものは、この診断書の外に、胸部X線フィルムを添えてください。