

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(肝臓・血液疾患及びその他の疾患用)

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	⑨ 肝臓疾患 1 臨床所見 黄 疸 (有・無) 悪 心 (有・無) か ゆ み (有・無) 浮 腫 (有・無) 肝 肥 大 (有・無) 脾 腫 大 (有・無) 腹壁静脈怒張 (有・無) 食道静脈瘤 (有・無) 吐血の既往歴 (有・無) 腹 水 { 高度・中等度・軽度・無 平成 年 月 日～平成 年 月 日 } 発 熱 { 頻発・普通・無 平成 年 月 日～平成 年 月 日 } 疼 痛 { 有・無 平成 年 月 日～平成 年 月 日 } 意識障 害 { 有(回)・無 平成 年 月 日～平成 年 月 日 } その他の臨床所見 ()	2 肝機能検査成績 検査系列 検査項目 検査成績 検査年月日 検査年月日 A 血清総たん白 g/dℓ g/dℓ A/G(吉川・斉藤法) Z T T 単位 単位 (Kunkel法) B 黄疸指数 (Meulengracht法) C G O T 単位 単位 G P T 単位 単位 D アルカリフォスファターゼ' 単位 単位 (Bessey法) アルカリフォスファターゼ' 単位 単位 (Kind-King法)
---	---	---

症	⑩ 血液疾患 1 臨床所見 立ちくらみ (有・無) 動 悸 (有・無) 息 切 れ (有・無) 出 血 傾 向 (有・無) 発 熱 (有・無) 感 染 (有・無) 輸血の回数及び量 平成 年 月 日～平成 年 月 日 回計 cc その他の臨床所見	2 血液検査成績(平成 年 月 日) 検査項目 検査成績 末梢血液 血色素量 g/dℓ % 赤血球数 ×10 ¹² /mm ³ 網赤血球 % 白血球数 /mm ³ 顆粒球数 /mm ³ 病的細胞 % 血小板数 ×10 ¹² /mm ³ 骨髓 有核細胞数 ×10 ¹² /mm ³ 巨核球数 /mm ³ リンパ球 % E / M 病的細胞 %
---	---	--

⑪ その他の疾患 1 症 状	2 臨床検査
-------------------	--------

⑫ 安静度を要する程度 1 絶対安静 2 ベット上の安静 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。

(裏面)

注意

- 1 この診断書は、障害児福祉手当（福祉手当）の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。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、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 肝機能の検査成績は、過去3か月間における2回の検査成績（1か月以上の間隔をおくこと。）をそれぞれ記入してください。
- 5 血液の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。
- 6 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。
- 7 ⑫の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」（厚生省）に掲げる安静度表に準拠してください。
- 8 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。