様式第5号

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(結核及び換気機能障害用)

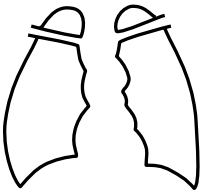
①	(ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成　年　月　日
③	住所			④	障害の原因となった傷病名 主要疾病 合併症
⑤	④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成　年　月　日		⑥	傷病発生年月日 昭和 平成　年　月　日
⑦	障害が永続すると判定された日	昭和 平成　年　月　日	推定 確認	⑧	将来再認定の要 有(　　年後)・無

現症

⑨ 身体計測　身長　　cm　:　体重　　kg

⑩ 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. 胸廓変形　なし・軽・中・高
カ. 心縦隔の変形　なし・軽・中・高



撮影
平成　年　月　日

⑪ 活動能力の程度

ア. 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりならのぼれる
イ. 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休み休みならのぼれる
ウ. 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける
エ. ゆっくりでも少し歩くと息切れがする
オ. 息苦しくて身のまわりのこともできない

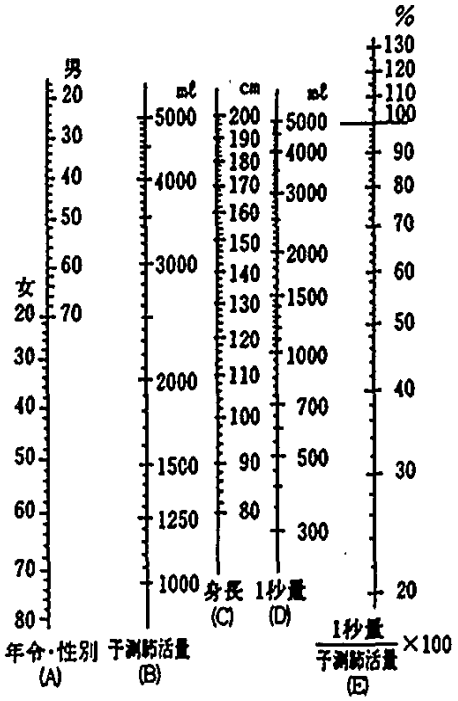
⑫ 安静度　1度　2度　3度　4度　5度　6度

⑬ 換気機能(平成　年　月　日)

ア. 予測肺活量　　ml
イ. 1秒量　　ml
ウ. 予測肺活量1秒率　　%　$(=\frac{イ}{ア}\times 100)$

(ア、ウについては⑭欄のノモグラムを使用してください)

⑭



⑮ 現在までの治療内容等

⑯ その他の障害又は病状臨床所見

⑰ 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。

(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　⑫の欄には、「結核の治療指針」（厚生省）の安静度について該当するものを○で囲んでください。

6　⑭の欄のモノグラムの使い方は、次のとおりです。
　(A)と(C)とから、(B)上にＢaldwinの予測式による予測肺活量が得られる。
　(B)と(D)とから、(E)上に予測肺活量に対する1秒率が得られる。

7　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。

7　この診断書の外に胸部Ｘ線写真を添えてください。