

診 断 書 (介護手当用)

氏 名					明治 大正 昭和	年 月 日生	男 ・ 女		
居住地	奈良県	市	町	郡	村				
障害の原因となった負傷									
上記の負傷または疾病が原子爆弾の障害作用の影響によるものでないことが明らかである場合はその旨の意見									
※ 1 障 害 の 状 態	視 力	右 () 左 ()	聴 力	聴力レベル	右 左	デジベル デジベル	※ 2 食 事		
							排 便		
	平衡機能 障 害							日 常 生 活 の 状 態	
	音声言語 機能障害							歩 行	
	上肢の 状 態							入浴洗 顔洗髪	
	手指の 状 態							座 位 その他	
	下肢の 状 態							※ 3 上記の障害の状態が裏面記載 の別表第2又は別表第1のい ずれかに該当する程度の精神 上又は身体上の障害であるか ないかについての意見	
	体感機能 障 害								1 別表2第 () 号 に該当する
	その他の 運動機能 障 害								2 別表1第 () 号 に該当する
	精神障害							3 別表に該当しない	
内部障害							※ 4 要介護状態についての判断		
以上のとおり診断します。		令和 年 月 日		医療機関名称	医療機関所在地	電話 ()	担当医師名		
				機能回復性の有無		有 ・ 無			
				治癒していない場合		(初診年月日) 年 月 日			

記入上の注意

- ※1の欄は、障害の状態を明らかにするため必要な所見を記入して下さい。
- ※2及び※4の欄は、補助器具を使用している者には、これを使用した場合の状態について記入して下さい。
- ※3の欄の別表第2及び別表第1については、裏面を参照して下さい。なお、この欄は、1から3のいずれか1つに丸印をつけて下さい。
- 家族介護（介護の要する費用を払っていない）の対象になる重度障害の範囲は裏面別表第2のとおりです。

別表第2**家族による介護の場合、この表に該当していなければ手当の対象となりません**

- 1 両眼の視力の和が0.02以下のもの
- 2 両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別することができない程度のもの
- 3 両上肢の機能に著しい障害を有するもの
- 4 両上肢のすべての指を欠くもの
- 5 両下肢の用を全く廃したもの
- 6 両大腿を2分の1以上失ったもの
- 7 体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの
- 8 前各号に掲げるもののほか、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
- 9 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- 10 身体の機軸の障害もしくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの

別表第1

- 1 両眼の視力の和が0.08以下のもの
- 2 両耳の聴力レベルが90デジベル以上のもの(耳介に接しなければ大声語を理解し得ないもの)
- 3 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの
- 4 音声、言語機能又はそしゃく機能を喪失したもの
- 5 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの
- 6 両上肢のおや指及びひとさし指の機能に著しい障害を有するもの
- 7 一上肢の機能に著しい障害を有するもの
- 8 一上肢のすべての指を欠くもの
- 9 一上肢のすべての指の機能を全廃したもの
- 10 両下肢をショパール関節以上で欠くもの
- 11 両下肢の機能に著しい障害を有するもの
- 12 一下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの
- 13 一下肢の機能を全廃したもの
- 14 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有するもの
- 15 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上認められる状態であって、家庭内での日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内での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
- 16 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの
- 17 身体の機能の障害もしくは病状又は精神の障害が重複する場合であって、その状態が前各号と同程度以上と認められるもの

備考 視力の測定は万国式試視力表のよるものとし、屈折異常があるものについては、矯正視力によって測定する。