

様式第5号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(呼吸機能障害用)

(ふりがな) 氏名		平成 令和 年 月 日生(歳)		男・女
住所		住所地の郵便番号 (-)	市区 郡 区	町区 村
① 障害の原因 となった 傷病名	② 傷病の発生日		平成 令和 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		平成 令和 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 平成・令和 年 月 日 (推定・確認)		
		傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 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 (平成・令和 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 (令和 年 月 日)		3 一般状態区分表 (令和 年 月 日)		
身長 cm : 体重 kg		(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)		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		
(1) 胸膜癒着 なし・軽・中・高		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 や座業はできるもの		
(2) 気腫化 なし・軽・中・高		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		
(3) 繊維化 なし・軽・中・高		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		
(4) 不透明肺 なし・軽・中・高		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ト周辺に限られるもの		
(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(平成・令和 年 月 日)		
4 臨床所見		5 換気機能 (令和 年 月 日)		
(1) 自覚症状		(1) 肺活量実測値 (VC) _____ ml		
咳 (無 ・ 有 ・ 著)		(2) 予測肺活量 _____ ml (_____ %肺活量)		
(2) 他覚所見		(3) 努力性肺活量 (FVC) _____ ml		
肺性心所見 (無 ・ 有)		(4) 1 秒率 (FEV1.0) _____		
痰 (無 ・ 有 ・ 著)		(5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) _____ (4) / (3) × 100		
チアノーゼ (無 ・ 有)		(6) 予測肺活量1秒率 _____ (4) / (2) × 100		
胸痛 (無 ・ 有 ・ 著)		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		
ばち状指 (無 ・ 有)		(令和 年 月 日)		
呼吸困難		(1) 動脈血 O ₂ 分圧 _____ Torr		
栄養状態 (良 ・ 中 ・ 不良)		(2) 動脈血 CO ₂ 分圧 _____ Torr		
安静時 (無 ・ 有 ・ 著)		(3) 動脈血 pH _____		
体動時 (無 ・ 有 ・ 著)		(4) 経皮酸素飽和度 _____ %		
ラ音 (有 ・ 一部 ・ 広範囲)		7 在宅酸素療法		
喘鳴 (無 ・ 有 ・ 著)		(1) 無 ・ 有 (令和 年 月 日開始)		
(3) その他の所見		施行時期(_____ 時間 / 日 ・ 常時)		
		酸素吸入量 _____ 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（令和 年 月 日現症）																																				
<p>1 胸部X線所見(B)</p> <p>初診時(平成・令和 年 月 日)</p>  <p>前頁のA図のX線所見の日本結核病学会分類を記入してください。</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <table border="0"> <tr> <td rowspan="3">日本結核病学会分類</td> <td rowspan="2">病側</td> <td>右</td> <td>左</td> <td>両</td> <td colspan="5"></td> <td>右</td> <td>左</td> <td>両</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td colspan="5"></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>病型</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> <td>I</td> <td>II</td> <td>III</td> <td>IV</td> <td>V</td> </tr> </table>	日本結核病学会分類	病側	右	左	両						右	左	両	1	2	3						1	2	3	病型	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	<p>2 結核菌検査成績</p> <p>(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。)</p> <p>検査材料(たん、喉頭粘液、気管支洗滌液、胃液、穿刺液)</p> <p style="text-align: center;">塗 抹 培 養</p> <p>令和 年 月 日 -+ (ガフキー 号); -+ (コロニー)</p> <p>令和 年 月 日 -+ (ガフキー 号); -+ (コロニー)</p> <p>3 安静度</p> <p>(結核の治療指針の安静度によって記入してください。)</p> <p>1度 2度 3度 4度 5度 6度 7度 8度 無制限</p> <p>4 その他の所見</p> <p>(結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無)</p>
日本結核病学会分類			病側	右	左	両						右	左	両																						
		1		2	3						1	2	3																							
	病型	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V																									
⑫ 気管支喘息（令和 年 月 日現症）																																				
<p>1 時間の経過と病状</p> <p>(1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。</p> <p>(2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。</p> <p>2 ピークフロー値 (PEFR)</p> <p>最近(1ヶ月程度の期間)の</p> <p>最高値 _____ L/分、最低値 _____ L/分、平均 _____ L/分</p> <p>(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)</p> <p>3 発作の強度</p> <p>(1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難</p> <p>(2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい</p> <p>(3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通</p> <p>(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</p>	<p>5 入院歴</p> <p>入院歴 有 ・ 無</p> <p>(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)</p> <p>6 治療</p> <p>(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。)</p> <p>(1) 経口ステロイド薬</p> <p>発作時のみ</p> <p>連 用 _____ (投与量 _____ /日)</p> <p>(2) 吸入ステロイド薬</p> <p>薬剤名(_____)、(投与量 _____ /日)</p> <p>(3) その他の薬剤</p> <p>長時間作用性β2刺激剤薬</p> <p>ロイコトリエン受容体拮抗薬</p> <p>抗アレルギー薬</p> <p>テオフィリン徐放製薬</p> <p>その他(_____)</p>																																			
<p>⑬ その他の障害又は症状の所見等</p> <p>(令和 年 月 日現症)</p>																																				
<p>⑭ 現症時の日常生活活動能力</p> <p>(必ず記入してください)</p>																																				
<p>⑮ 予 後</p> <p>(必ず記入してください)</p>																																				
<p>⑯ 備 考</p>																																				

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

令和 年 月 日
診療担当科名
医 師 氏 名

(裏 面)

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。