

(表 面)

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(視覚障害用)					
(ふりがな) 氏 名		男・女	生 年 月 日	平成 令和 年 月 日	
住 所			障 害 の 原 因 と な っ た 傷 病 名		
傷病の原因又は誘因	先天性 後天性(疾病・不慮災・労災・その他)		傷 病 発 生 年 月 日	平成 令和 年 月 日	
のため初めて医師の 診断を受けた日	平成 令和 年 月 日		将 来 再 認 定 の 要	有 (年後) ・ 無	
現	眼所見(前眼部、中間透光体、眼底所見)				
	視力		裸 眼 視 力	矯 正 視 力	矯正可能の場合は使用眼鏡の種類とその度数
		右 眼			
左 眼					
症	視野				
備					
					考
上記のとおり診断します。 令和 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。

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る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 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 の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとしてください。
- 5 の欄は、視野障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 6 口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(聴覚障害用)

(ふりがな) 氏名	-----	男・女	生年月日	平成 令和	年	月	日
住 所			障害の原因と なった傷病名				
傷病の原因又は誘因	先天性 後天性 (疾病・不慮災・労災・その他)		傷病発生 年月日	平成 令和	年	月	日
のため初めて医師の 診断を受けた日	平成 令和		年	月	日	将来再認定 の要	有(年後) ・ 無

現 症	聴力検査成績		dB -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 250 500 1000 2000 4000 Hz	(2) 最良語音 明瞭度 右 _____ % 左 _____ %									
	(1) 純音聴力 聴力レベル	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>1000</td> <td>2000</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(dB値で記入)</p>				500	1000	2000	右				左
	500	1000	2000										
右													
左													
所見	<p>重度難聴用の補聴器の使用効果</p> <p>全く音声を識別できない程度に……</p> <p>1 該当する</p> <p>2 該当しない</p>												

備考	
----	--

上記のとおり、診断します。

令和 年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名

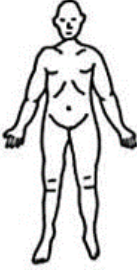


医師氏名

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。

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 ・x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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 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 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。
- 5 の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、オージオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、COR検査(条件詮索反応検査)を組み合わせ実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
- 6 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。
なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 7 口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

(表 面)

障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（肢体不自由用）				
(ふりがな) 氏 名		男・女	生 年 月 日	平成 令和 年 月 日
住 所			障害の原因と なった傷病名	
傷病の原因又は誘因	先天性 後天性（疾病・不慮災・労災・ その他）	傷 病 発 生 年 月 日	平成 令和 年 月 日	
のため初めて医師 の診断を受けた日	平成 令和 年 月 日	将来再認定の要	有（ 年後） ・ 無	
現 症				
<p>1</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">  <p>正面</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>背面</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>左 右</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 欠損部分 ▨ 知覚脱失部分 ▧ 知覚鈍麻部分 ▩ 知覚異常部分 * その他の障害の部分 </div> </div> <p style="text-align: center;">(注) 瘻瘻痕も記入してください。</p>				
2 四肢周径（cm）			3 四肢長（cm）	
	上腕中央部	前腕最大部	大腿中央部	下腿最大部
右				
左				
	上肢長	下肢長		
右				
左				
4 神経学的所見				
知覚障害.....有 無（あれば上図に記入すること）				
運動麻痺の種類（該当するものを で囲んでください。）				
弛緩性 痙性 失調性 不随意運動性 強剛（固縮）性 しんせん性				
障害の起因部位（該当するものを で囲んでください。）				
脳性 脊髄性 末梢神経性 筋性 その他				
諸反射検査				
	上肢腱反射	下肢腱反射	バビンスキー反射	その他の病的反射
右				
左				
ぼうこう・直腸麻痺.....有 無				

5 体幹・四肢関節可動域

部 位	運動の方向	可 動 域			
		右		左	
		自動	他動	自動	他動
肩関節					
肘関節					
前腕					
手関節					
股関節					
膝関節					
足関節					

部 位	運動の方向	可 動 域	
		自 動	他 動
頸部			
胸腰部			

6 その他

日常生活動作の障害程度（補装具等を使用しない状態で判定すること。）	記号	ひとりできる場合○
		ひとりできてもうまくできない場合...
		ひとりでは全くできない場合.....×

1 つまむ（新聞紙が引き抜けない程度）.....	右 _____ 左 _____	12 ズボンの着脱（どのような姿勢でもよい）.....	_____
2 握る（丸めた週刊誌が引き抜けない程度）.....	右 _____ 左 _____	13 靴下をはく（どのような姿勢でもよい）.....	_____
3 タオルを絞る（水をきれの程度）.....	両手 _____	14 すわる { 支えなしで正坐・横すわり・あぐら・脚なげ出し（このような姿勢を継続する） }	_____
4 顔を洗う	_____	15 こしかける { 可能 背もたれ 要・不要 不能	_____
5 ひもを結ぶ	_____	16 深くおじぎをする	_____
6 はしで食事をする	右 _____ 左 _____	17 立ち上る { 可能 支持 要・不要 不能	_____
7 さじで食事をする	右 _____ 左 _____	18 歩く（室内）	_____
8 握力	右 _____ 左 _____	19 階段をのぼる { 可能 手すり 要・不要 不能	_____
9 用便 { 小便（ズボンの前のボタンのところに手をやる） 大便（臀のところに手をやる） }	_____	20 階段をおりる { 可能 手すり 要・不要 不能	_____
10 かぶりシャツを着る脱ぐ	_____		
11 シャツのボタンの止めはずし	_____		

備 考

上記のとおり診断します。

令和 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。

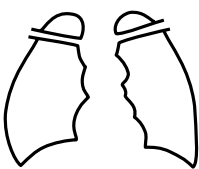
字は楷書ではっきりと書いてください。

(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 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 の欄は、次によつてください。
 - (1) 1の図は、障害の内容に応じてそれぞれの部位を塗りつぶしてください。
 - (2) 「四肢長」の測定は、上肢長については肩峰より橈骨茎状突起^{とう}まで、下肢長については、腸骨前上棘より内果までの距離を測ってください。
 - (3) 4の「障害の起因部位」が心因性のものと思われる場合は、「その他」のところを で囲んでください。
 - (4) 5の「体幹・四肢関節可動域」は、関節角度計を使用してください。また、運動障害のある部位について、運動の方向別に解剖学的肢位を0°（前腕については手掌面が矢状面にある状態を0°とし、肩関節の水平屈曲伸展計測については外転90°位を0°とする。）とした測定方法（昭和49年6月日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた測定方法）により測定した最大可動域を記入してください。
- 5 6の「その他」には、現疾患にかかわる変形や筋力の減弱等日常生活動作に直接関連を有する症状について記入してください。
- 6 の欄の日常生活動作については、それぞれの状態に応じて ・ ・ ×を記入してください。
なお、15、17、19及び20の動作については、該当するものを で囲んでください。

(表 面)

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(心臓疾患用)					
(ふりがな) 氏 名		男・女	生 年 月 日	平成 令和 年 月 日	
住 所			障害の原因と なった傷病名		
のため初めて医師の診断を受けた日	平成 令和 年 月 日		傷 病 発 生 年 月 日	平成 令和 年 月 日	
障害が永續すると判定された日	平成 令和 年 月 日	推定 確認	将 来 再 認 定 の 要	有 (年後) ・ 無	
一般用 1 臨床所見 動 悸 (有 ・ 無) 息 切 れ (有 ・ 無) 呼 吸 困 難 (有 ・ 無) 胸 痛 (有 ・ 無) 血 痰 (有 ・ 無) チアノーゼ (有 ・ 無) 浮 腫 (有 ・ 無) 血 圧 (最高 最低) 心 拍 数 () 脈 拍 数 () 心 音 () その他の臨床所見	3 活動能力の程度(該当するものどれか一つを選んで で囲んでください。) 普通の活動でも心不全症状又は狭心症症状が起 こらないもの 家庭内での普通の活動では何でもないが、それ 以上の活動は著しく制限されるもの 家庭内での普通の活動では何でもないが、それ 以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起 こるもの 家庭内での極めて温和な活動では何でもない が、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症 症状が起こるもの 安静時でも心不全症状又は狭心症症状が起こる もの				
現 2 X線・心電図所見 陳旧性心筋梗塞 (有 ・ 無) 脚ブロック (有 ・ 無) 完全房室ブロック (有 ・ 無) 不完全房室ブロック (有 第 度 ・ 無) 心房細動(粗動) (有 ・ 無) 心拍数に対する脈拍数の欠損 (/分) STの低下 (有 mV ・ 無) 第 誘導、第 誘導及び胸部誘導(ただし、Vを除く。)のいずれかのT波の逆転 (有 ・ 無)	令和 年 月 日撮影 				

症

小児用

1 臨床所見

- 著しい発育障害 (有 ・ 無)
- 心音・心雑音の異常 (有 ・ 無)
- 多呼吸又は呼吸困難 (有 ・ 無)
- 運動制限 (有 ・ 無)
- チアノーゼ (有 ・ 無)
- 肝 腫 (有 ・ 無)
- 浮 腫 (有 ・ 無)

3 養護の区分(該当するものを で囲んでください。)

6か月～1年ごとの観察

1か月～3か月ごとの観察

症状に応じて要医療

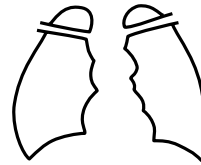
継続的医療

重い心不全、低酸素血症又はアダムスストークス発作で継続的医療を要するもの

2 X線・心電図所見

令和 年 月 日撮影

- 心胸比56%以上 (有 ・ 無)
- 肺血流量増又は減 (有 ・ 無)
- 肺静脈うつ血像 (有 ・ 無)
- 心室負荷像 (有(右室、左室、両房) ・ 無)
- 心房負荷像 (有(右房、左房、両房) ・ 無)
- 病的な不整脈(種類) (有 ・ 無)
- 心筋障害像(所見) (有 ・ 無)



備考

上記のとおり診断します。

令和 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。

(A列4番)

(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 ・x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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 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し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。