

特別児童扶養手当認定診断書

(腎、肝疾患、糖尿病の障害用)

Form for 'Before Revision' (改正前) containing personal information, medical history, and clinical findings.

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。)

特別児童扶養手当認定診断書

(腎、肝疾患、糖尿病の障害用)

Form for 'After Revision' (改正後) containing personal information, medical history, and clinical findings.

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。)

障 害 の 状 態	
⑬ 肝疾患（平成 年 月 日現症） （糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(14)、腎疾患(15)の欄にも、必要事項を記入してください。）	
1 臨床所見 (1) 自覚症状 (2) 他覚所見 全身倦怠感（無・有・著） 肝萎縮（無・有・著） 発熱（無・有・著） 脾腫大（無・有・著） 食欲不振（無・有・著） 浮腫（無・有・著） 悪心・嘔吐（無・有・著） 腹水（無・有・著） 皮膚そう痒感（無・有・著） 有（難治性） 有痛性筋痙攣（無・有・著） 黄疸（無・有・著） 吐血・下血（無・有・著） 腹壁静脈怒張（無・有・著） 肝性脳症（無・有（度）） 出血傾向（無・有・著）	(3) 検査成績 検査日 施設 検査項目 基準値 AST(GOT) IU/ℓ ALT(GPT) IU/ℓ γ-GPT IU/ℓ 血清総ビリルビン mg/dℓ 7α-ヒドロキシコルチコステロン IU/ℓ 血清総蛋白 g/dℓ 血清アルブミン g/dℓ BCG法・BCP法 改良型BCP法 A/G比 血小板数 ×10 ³ /μℓ プロトロンビン時間 % 総コレステロール mg/dℓ 血中アンモニア μg/dℓ AFP ng/mL PIVKA-II mAU/mL
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)	8 治療内容 (1) 利尿剤（無・有） (4) アルブミン・血漿製剤（無・有） (2) 特殊アミノ酸製剤（無・有） (5) 血小板輸血（無・有） (3) 抗ウイルス療法（無・有） (6) その他 具体的内容
3 胆道閉鎖症の治療歴 (1) 手術所見（日時：平成 年 月 日） (2) 治療経過	9 その他の所見 (1) 肝移植 無・有（有の場合は移植年月日（平成 年 月 日）経過） (2) その他（超音波・CT・MRI検査等）（平成 年 月 日）
4 肝生検 無・有 検査年月日（平成 年 月 日） 所見 グレード() ステージ()	
5 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日（平成 年 月 日） (2) 吐血・下血の既往 無・有（ 回） (3) 治療歴 無・有（ 回）	
6 肝腫瘍治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回	
7 特異性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴 所見	
⑭ 糖尿病（平成 年 月 日現症） （腎合併症を認める例では、腎疾患(15)の欄に必要事項を記入してください。）	
1 病型（いずれかの病型に○を付してください。） (1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病 (3) その他の型（病名）	4 治療状況 (1) 食事療法のみ (2) 経口糖尿病薬による (3) その他の型（病名） 単位/日、回/日
2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 年 月 日 施設基準値 HbA1c (%) 空腹時血糖値(mg/dℓ)	5 インスリン療法の自己管理状況 (1) インスリン注射の施行 □自己管理 □一部介助 □全部介助 (介助の必要理由：) (2) 血糖値測定 就寝中：□毎日測定 □時々測定 □測定なし 日 中：□毎日測定 □時々測定 □測定なし (介助の必要理由：) (3) インスリン量の管理等 (状態に応じた適切な対応（インスリン量の調整又は補食など）ができるかを判断して下さい。) □自己管理 □一部介助 □全部介助 (介助の必要理由：)
3 合併症（合併症がある場合に記載して下さい。） (1) 眼合併症 (2) 神経障害（症状・検査所見） (3) その他	
⑮ その他の代謝疾患（平成 年 月 日現症） （自覚症状・他覚所見・検査成績等）	
⑯ 現時時の日常生活 活動能力 （必ず記入してください）	
⑰ 予 後 （必ず記入してください）	
⑱ 備 考	

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。平成 年 月 日
病院又は診療所の名称 診療担当科名
所 在 地 医師氏名 印

障 害 の 状 態	
⑬ 肝疾患（平成 年 月 日現症） （糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(14)、腎疾患(15)の欄にも、必要事項を記入してください。）	
1 臨床所見 (1) 自覚症状 (2) 他覚所見 全身倦怠感（無・有・著） 肝萎縮（無・有・著） 発熱（無・有・著） 脾腫大（無・有・著） 食欲不振（無・有・著） 浮腫（無・有・著） 悪心・嘔吐（無・有・著） 腹水（無・有・著） 皮膚そう痒感（無・有・著） 有（難治性） 有痛性筋痙攣（無・有・著） 黄疸（無・有・著） 吐血・下血（無・有・著） 腹壁静脈怒張（無・有・著） 肝性脳症（無・有（度）） 出血傾向（無・有・著）	(3) 検査成績 検査日 施設 検査項目 基準値 AST(GOT) IU/ℓ ALT(GPT) IU/ℓ γ-GPT IU/ℓ 血清総ビリルビン mg/dℓ 7α-ヒドロキシコルチコステロン IU/ℓ 血清総蛋白 g/dℓ 血清アルブミン g/dℓ BCG法・BCP法 改良型BCP法 A/G比 血小板数 ×10 ³ /μℓ プロトロンビン時間 % 総コレステロール mg/dℓ 血中アンモニア μg/dℓ AFP ng/mL PIVKA-II mAU/mL
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)	8 治療内容 (1) 利尿剤（無・有） (4) アルブミン・血漿製剤（無・有） (2) 特殊アミノ酸製剤（無・有） (5) 血小板輸血（無・有） (3) 抗ウイルス療法（無・有） (6) その他 具体的内容
3 胆道閉鎖症の治療歴 (1) 手術所見（日時：平成 年 月 日） (2) 治療経過	9 その他の所見 (1) 肝移植 無・有（有の場合は移植年月日（平成 年 月 日）経過） (2) その他（超音波・CT・MRI検査等）（平成 年 月 日）
4 肝生検 無・有 検査年月日（平成 年 月 日） 所見 グレード() ステージ()	
5 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日（平成 年 月 日） (2) 吐血・下血の既往 無・有（ 回） (3) 治療歴 無・有（ 回）	
6 肝腫瘍治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回	
7 特異性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴 所見	
⑭ 糖尿病（平成 年 月 日現症） （腎合併症を認める例では、腎疾患(15)の欄に必要事項を記入してください。）	
1 病型（いずれかの病型に○を付してください。） (1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病 (3) その他の型（病名）	5 インスリン療法の自己管理状況 (1) インスリン注射の施行 □自己管理 □一部介助 □全部介助 (介助の必要理由：) (2) 血糖値測定 就寝中：□毎日測定 □時々測定 □測定なし 日 中：□毎日測定 □時々測定 □測定なし (介助の必要理由：) (3) インスリン量の管理等 (状態に応じた適切な対応（インスリン量の調整又は補食など）ができるかを判断して下さい。) □自己管理 □一部介助 □全部介助 (介助の必要理由：)
2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移 年 月 日 施設基準値 HbA1c (%) 空腹時血糖値(mg/dℓ)	6 血糖コントロールの困難な状況
3 合併症（合併症がある場合に記載して下さい。） (1) 眼合併症 (2) 神経障害（症状・検査所見） (3) その他	
⑮ その他の代謝疾患（平成 年 月 日現症） （自覚症状・他覚所見・検査成績等）	
⑯ 現時時の日常生活 活動能力 （必ず記入してください）	
⑰ 予 後 （必ず記入してください）	
⑱ 備 考	

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。平成 年 月 日
病院又は診療所の名称 診療担当科名
所 在 地 医師氏名 印

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、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～⑪及び⑯～⑰の欄は、全て記入してください。それ以外について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抹消してください。)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。
 - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移の推移」の検査成績は、過去6ヶ月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入してください。
 - (3) ⑱及び⑲の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。
 - (4) ⑲の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
 - (5) ⑲の欄の「8 治療の内容」は、⑲の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
 - (6) ⑲の欄の「3 合併症」については、過去3ヶ月間において病状を最もよく表している検査の所見を記入してください。

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、次のことに留意して記入してください。
 - (1) ①～⑪及び⑯～⑰の欄は、全て記入してください。それ以外について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抹消してください。)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。
 - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移の推移」の検査成績は、過去6ヶ月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入してください。
 - (3) ⑱及び⑲の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。
 - (4) ⑲の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
 - (5) ⑲の欄の「8 治療の内容」は、⑲の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
(6) ⑲の欄の「2 検査成績」の「HbA1c」及び「空腹時又は随時血糖値」は、「空腹・随時」について該当する方に○で過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。
(7) ⑲の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している所見を記入してください。
(8) ⑲の欄の「6 血糖コントロールの困難な状況」は、意識障害により自己回復ができない重症低血糖である場合、血糖コントロールが困難な状況について、特記すべきことがあれば具体的に記入してください。
(9) ⑲の欄「備考」について、①～⑰欄までに書ききれないことや、参考になる事柄があればを記入してください。