

様式第5号

改正前

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(呼吸機能障害用)

Form for Special Child Support Allowance Recognition Medical Certificate (Respiratory Function Impairment). Includes fields for personal information, injury details, 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。)

様式第5号

改正後

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(呼吸機能障害用)

Revised Form for Special Child Support Allowance Recognition Medical Certificate (Respiratory Function Impairment). Includes fields for personal information, injury details, 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。)

⑪ 肺結核症 (平成 年 月 日現症)

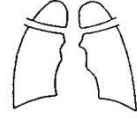
1 胸部X線所見 (B)		2 結核菌検査成績	
初診時(昭和・平成 年 月 日)  前頁のA図のX線所見の日本結核病学会分類を記入してください。		(現在陰性のときはその旨と最終陽性時期を併記してください。) 検査材料(たん、喉頭粘液、気管支洗滌液、胃液、穿刺液) 塗抹 培養 平成 年 月 日 ー+(ガフキー 号) : ー+( コロニー) 平成 年 月 日 ー+(ガフキー 号) : ー+( コロニー)	
日本結核病学会分類 病巣の拡がり 側 右 左 両 右 左 両 1 2 3 1 2 3 病 型 I II III IV V I II III IV V		3 安静度 (結核の治療指針の安静度によって記入してください) 1度 2度 3度 4度 5度 6度 7度 8度 無制限	
⑫ 気管支喘息 (平成 年 月 日現症)		4 その他の所見 (結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無)	
1 時間の経過と病状		5 入院歴	
(1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。 (2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。		入院歴 有 ・ 無 (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)	
2 ピークフロー値 (PEFR)		6 治療	
最近(1ヶ月程度の期間)の 最高値 _____ /分、最低値 _____ /分、平均 _____ /分 (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)		(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。) (1) 経口ステロイド薬 発作時のみ 連 用 (投与量) _____ /	
3 発作の強度		4 発作の頻度	
(1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難 (2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい (3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通 (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		(1) 1週に 5日以上 (2) 1週に 3 ~ 4日 (3) 1週に 1 ~ 2日 (4) その他	
13 その他の障害又は症状の所見等		13 その他の障害又は症状の所見等	
(平成 年 月 日現症)		(平成 年 月 日現症)	
14 現症時の日常生活活動能力		14 現症時の日常生活活動能力	
(必ず記入してください)		(必ず記入してください)	
15 予 後		15 予 後	
(必ず記入してください)		(必ず記入してください)	
16 備 考		16 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

⑪ 肺結核症 (平成 年 月 日現症)

1 胸部X線所見 (B)		2 結核菌検査成績	
初診時(昭和・平成 年 月 日)  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。		(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。) 検査材料(たん、喉頭粘液、気管支洗滌液、胃液、穿刺液) 塗抹 培養 平成 年 月 日 ー+(ガフキー 号) : ー+( コロニー) 平成 年 月 日 ー+(ガフキー 号) : ー+( コロニー)	
日本結核病学会分類 病巣の拡がり 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		3 安静度 (結核の治療指針の安静度によって記入してください) 1度 2度 3度 4度 5度 6度 7度 8度 無制限	
⑫ 気管支喘息 (平成 年 月 日現症)		4 その他の所見 (結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無)	
1 時間の経過と病状		5 入院歴	
(1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。 (2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。		入院歴 有 ・ 無 (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)	
2 ピークフロー値 (PEFR)		6 治療	
最近(1ヶ月程度の期間)の 最高値 _____ /分、最低値 _____ /分、平均 _____ /分 (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)		(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。) (1) 経口ステロイド薬 発作時のみ 連 用 (投与量) _____ /	
3 発作の強度		4 発作の頻度	
(1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難 (2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい (3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通 (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		(1) 1週に 5日以上 (2) 1週に 3 ~ 4日 (3) 1週に 1 ~ 2日 (4) その他	
13 その他の障害又は症状の所見等		13 その他の障害又は症状の所見等	
(平成 年 月 日現症)		(平成 年 月 日現症)	
14 現症時の日常生活活動能力		14 現症時の日常生活活動能力	
(必ず記入してください)		(必ず記入してください)	
15 予 後		15 予 後	
(必ず記入してください)		(必ず記入してください)	
16 備 考		16 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

(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。

(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。