様式第４号　　（表　　面）

特別児童扶養手当認定診断書

（知的障害・精神の障害用）

（ふりがな） **氏　　名**		**生年月日**	平成 令和　　年　　月　　日生（　　歳）	**性別**	男・女
住　　所	住所地の郵便番号 （　　ー　　）	都道府県　　郡市区			
① **障害の原因となった傷病名**			ICD-10コード（　　）		
② **傷病発生年月**	主な精神障害　平成・令和　年　月 合併精神障害　平成・令和　年　月 合併身体障害　平成・令和　年　月 ・診療録で確認 ・本人の申立て	③ **合　併　症**	精神障害 身体障害		
		④ 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	

⑤ **現病歴（陳述者より聴取）**

ア　発病以来の病状と経過

陳述者の氏　名

患者との続　柄

イ　発病以来の治療歴

	（病院名）	（入院・外来別）	（病名）	（主な療法）	（転帰）
（ア）	年　月 ～ 年　月	入・外			
（イ）	年　月 ～ 年　月	入・外			
（ウ）	年　月 ～ 年　月	入・外			
（エ）	年　月 ～ 年　月	入・外			

⑥ **これまでの発育・養育歴等（出生から発育の状況や教育歴を陳述者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。**

ア　発育・養育歴

イ　教　育　歴

乳児期

不就学　・　就学猶予

小学校（普通学級　・　特別支援学級　・　特別支援学校）

中学校（普通学級　・　特別支援学級　・　特別支援学校）

高　校（普通学級　・　特別支援学校）

その他（　　）

障　害　の　状　態　（令和　年　月　日現症）

		現在の病状又は状態像	左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください
現症	⑦ **知的障害等**	1　知的障害 知能指数又は発達指数（IQ・DQ　　） テスト方式（　　）・　テスト不能 判　　定（最重度・重度・中度・軽度・正常） 判定年月日（平成・令和　年　月　日） 2　高次脳機能障害　ア　失行　イ　失念 ウ　記憶障害　エ　注意障害 オ　遂行機能障害　カ　社会的行動障害 3　学習障害　ア　読み　イ　書き　ウ　算数 エ　その他（　　） 4　その他（　　）	
	⑧ **発達障害関連症状**	1　相互的な社会関係の質的障害 2　言語コミュニケーションの障害 3　限定した常同的で反復的な関心と行動 4　その他（　　）	
	⑨ **意識障害・てんかん**	1　意識混濁　2　（夜間）せん妄　3　もうろう 4　錯乱　5　てんかん発作　6　不機嫌症 7　その他（　　） ・てんかん発作のタイプ（　　） ・てんかん発作の頻度（（年間・月・週）　回程度）	
	⑩ **精神障害**	1 幻覚　2 朦朧　3 自閉　4 無為 5 感情の平板化　6 不安　7 恐怖　8 脅迫行為 9 思考障害　10 心気症　11 中毒嗜癖　12 うつ状態 13 そう状態 14 その他（　　）	

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄は斜線により抹消してください。字は楷書ではっきりとご記入ください。

（裏　　面）

<table>
<tr><td rowspan="5">現症</td><td>⑪ 問題行動及び習癖</td><td>1　興奮　　2　暴行　　3　多動　　4　拒絶
5　自殺企画　　6　自傷　　7　破衣　　8　不潔
9　放火・弄火　10　器物破壊　11　徘徊・浮浪
12　盗み　　13　性的逸脱行為
14　排泄の問題（尿失禁、便失禁、便こね、その他）
15　食事の問題（拒食、異食、大食、小食、偏食、その他）
16　その他（　　）</td><td></td></tr>
<tr><td>⑫ 性格特徴</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">⑬ 日常生活能力の程度（必ず記入してください）</td><td colspan="2">1　食　事（全介助・半介助・自立）　　5　入　浴（全介助・半介助・自立）
2　洗　面（全介助・半介助・自立）　　6　危険物（全くわからない・特定の物、場所はわかる・大体わかる）
3　排　泄（おむつ必要・おむつ不要・全介助・半介助・自立）　7　睡　眠（夜眠らず騒ぐ・時々不眠・寝ぼける・問題なし）
4　衣　服（脱げない・着れない・ボタン不能・自立）</td></tr>
<tr><td colspan="2">上記の内容を具体的に記載してください。</td></tr>
<tr><td>⑭ 要注意度</td><td colspan="2">1　常に厳重な注意を必要とする　　2　随時一応の注意を必要とする　　3　ほとんど必要ない</td></tr>
<tr><td>⑮ 医学的総合判定
（必ず記入してください）</td><td colspan="2">したがって総合的に（非該当・軽度・中度・重度・最重度）と判定する。</td></tr>
<tr><td>⑯ 備　　考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

病院又は診療所の名称　　診療担当科名

所　在　地　　医 師 氏 名

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。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。出来るだけ詳しく記入してください。

2　〇・×で答えられる欄は、該当する者を〇で囲んでください。記入しきれない場合は、備考欄や別紙に記入してください。

3　④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。（不明な場合は、その旨を記載してください）

4　①から⑪までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを〇で囲んでください。

5　知的障害者の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑦の欄に記入してください。

6　高次機能障害による失語症があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。

7　⑭の欄は、①から⑬までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを〇で囲んでください。

8　⑮の欄は、現症欄⑦から⑭までの症状を踏まえた総合的な判定について（非該当・軽度・中度・重度・最重度）から該当するものを〇で囲んでください。

9　診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科目名」は記入する必要はありません。