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**		**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 **傷病の原因となった傷病名**		② **傷病の発生年月日**	平成 令和　　年　　月　　日	・診療録で確認 ・本人の申し立て
		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 ・本人の申し立て

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（傷病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（確認・推定）
	傷病が治っていいない場合　‥‥　症状のよくなる見込	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** （抗結核化学療法を行った場合は、使用薬剤名尾y美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**　咽頭摘出・その他の手術 手術名（　　） 手術年月日（平成・令和　　年　　月　　日）

障　害　の　状　態　（令和　　年　　月　　日現症）

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〇で囲んでください。）

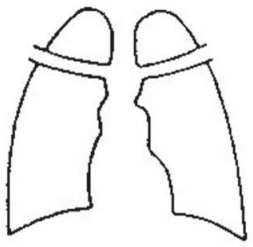
１．身体計測　（令和　　年　　月　　日）

身長　　cm　：　体重　　kg

２．胸部Ｘ線所見（Ａ）

(1)　胸膜癒着　（なし・軽・中・高）
(2)　気 腫 化　（なし・軽・中・高）
(3)　線 維 化　（なし・軽・中・高）
(4)　不透明肺　（なし・軽・中・高）
(5)　胸郭変形　（なし・軽・中・高）
(6)　心縦隔の変形　（なし・軽・中・高）
(7)　蜂 巣 肺　（なし・軽・中・高）

（A図）



撮影年月日（令和　　年　　月　　日）

３．一般状態区分　（令和　　年　　月　　日）

（該当するものを選んでどれかひとつに〇をつけてください。但し、乳幼児では、掲げた内容に相当すると考えられる状態とする。）

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
Ⅱ　軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、軽い運動や座業はできるもの
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％は起居しているもの
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、日常の５０％以上は就床しており、自力では屋外への外出児がほぼ不可能おあったもの。
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ド周辺に限られるもの

４．臨床所見

(1)　自覚症状

咳　（無・有・著）
痰　（無・有・著）
胸痛　（無・有・著）
呼吸困難
　安静時　（無・有・著）
　体動時　（無・有・著）
喘鳴　（無・有・著）

(2)　他覚所見

肺性心所見　（無・有）
チアノーゼ　（無・有）
ばち状指　（無・有）
栄養状態　（良・中・不良）
ラ音　（有・一部・広範囲）

(2)　その他の所見

５．換気機能　（令和　　年　　月　　日）

(1) 肺活量実測値（VC）	ｍｌ	
(2) 予測肺活量	ｍｌ	（　　％肺活量）
(3) 努力性肺活量（FVC）	ｍｌ	
(4) １秒量（FEV1.0）	ｍｌ	
(5) 努力性肺活量１秒率（FEV1％）		(4)／(3)×100
(6) 予測肺活量１秒率		(4)／(2)×100

６．動脈血ガス分析（酸素吸入をしないで）及び経費酸素飽和度　（令和　　年　　月　　日）

(1) 動脈血O_2分圧	Torr
(2) 動脈血CO_2分圧	Torr
(3) 動脈血ｐＨ	
(4) 経費酸素飽和度	％

７．在宅酸素療法

(1) 無　・　有　（令和　　年　　月　　日開始）
施行時期　（　　時間／日・常時）　酸素吸入量　　Ｌ／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

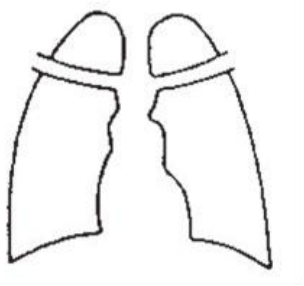
８．その他の所見

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

⑪ 肺　結　核　症　（　令和　　年　　月　　日現症）

1　胸部X線所見（B）

初診時（平成・令和　　年　　月　　日）



前項の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。

日本結核病学会分類	病側	右	左	両		右	左	両	
	病巣の拡がり	1	2	3		1	2	3	
	病型	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ	Ⅰ	Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ

2　結核菌検査成績

（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、咽頭粘液、気管支洗滌液、胃液、穿刺液）

	塗抹	培養
令和　年　月　日	ー＋（ガフキー　　号）	：ー＋（　　コロニー）
令和　年　月　日	ー＋（ガフキー　　号）	：ー＋（　　コロニー）

3　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　）

4　安静を要する程度

1度　絶対安静
2度　ベッド上の安静
3度　必要時のみ室内歩行（30分以内）
4度　室内歩行はよい（1時間以内）
5度　一定時間内の屋外歩行はよい（1．5時間以内）
6度　健康なひとの2分の1程度の運動はよい
7度　軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし、休憩時間を多くとる。
8度　疲れない程度の普通の生活

⑫ 気　管　支　喘　息　（　令和　　年　　月　　日現症）

1　時間の経過と症状

(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。

2　ピークフロー値（PEFR）

最近（1ヶ月程度の期間）の
最高値　　L／分　　最低値　　L／分　　平均　約　　L／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）

3　発作の強度

(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喘息のみ
②急ぐと苦しい
③急いでも苦しくない

4　発作の頻度

(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

5　入院歴

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）

6　治療

（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　　／日）

(2) 吸入ステロイド薬
薬剤名（投与量　　／日）　（投与量　　／日）

(3) その他の薬剤
長時間作用性β2刺激剤薬
ロイコトリエン受容体括抗薬
抗アレルギー薬
テオフィリン徐放製薬
その他（　　）

⑬	**その他の障害又は症状の所見等** （令和　年　月　日現症）	
⑪	**現症時の日常生活活動能力** （必ず記入してください）	
⑫	**予　　後** （必ず記入してください）	
⑬	**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

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、該当するもの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　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。
他以前に他の医師や医療機関で診断を受けた場合は、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。

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。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　本人の障害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、備考欄や別紙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。