様式第７号

特別児童扶養手当認定診断書

（腎、肝疾患、糖尿病の障害用）

（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 **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**		**診療回数**	年間　　回、月平均　　回		
		手術歴	手術名（　　） 手術年月日（平成・令和　　年　　月　　日）		
⑩ **計　測** （平成・令和　　年　　月　　日）	**身長** cm	**脈拍** 回／分	**血圧** **最大** mmHg	**血管拡張剤・降圧剤**	
	体重 kg		**最小** mmHg	無　・　有	

障　害　の　状　態

⑪ **一般状態区分表**　（令和　　年　　月　　日）

（該当するものを選んでどれか１つを〇で囲んでください。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、歩行、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％以上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、日中の50％以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの

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

障　害　の　状　態

⑫　**腎疾患**（令和　　年　　月　　日現症）（腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病（⑭）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**

悪心・嘔吐　（無・有・著）
食欲不振　（無・有・著）
頭　　痛　（無・有・著）
呼吸困難　（無・有・著）

(2) **他覚所見**

浮　　腫　（無・有・著）
貧　　血　（無・有・著）
腎不全に基づく
　神経症状　（無・有・著）
　視力障害　（無・有・著）
低身長　（無・有・著）

2. **腎生検**　無　・　有　検査年月日　（令和　　年　　月　　日）
所見

3. **人工透析療法**

(1) 人工透析療法の実施の有無（無・有）（血液透析・腹膜透析・血液濾過）
(2) 人工透析開始日　（平成・令和　　年　　月　　日）
(3) 人工透析（腹膜透析除く）実施状況　回数・　　回／週、1回　　／時間
(4) 人工透析導入後の臨床経過

(5) 長期透析による合併症　（無・有）
所見

(3) **検査成績**（記入上の注意を参照）

検査項目＼検査日	・　・	・　・	・　・
夜間尿畜尿蛋白量　mg／hr／㎡			
早期尿蛋白量／クレアチニン比g／ｇクレアチニン			
赤血球数　×１０^{4}　／μℓ			
ヘモグロビン　g／dℓ			
白血球数　／μℓ			
血小板数　×１０^{4}　／μℓ			
血清総蛋白　g／dℓ			
血清アルブミン　g／dℓ （BCG夫法・BCP法・改良型BCP法）			
総コレステロール　mg／dℓ			
eGFR　mℓ／分			
１日尿量　mℓ／日			
内因性クレアチニン・クリアランスmℓ／分			
血液ガス分析（アシドーシスの有無）	無・有・著	無・有・著	無・有・著

4. **その他の所見**

(1) 腎移植（無　・　有）
経　過
(2) 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。

⑬ **肝 疾 患**（令和　　年　　月　　日現症）（糖尿病又は腎障害を合併する例では、糖尿病（⑭）腎疾患（⑫）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

全身倦怠感（無・有・著）
発　　熱（無・有・著）
食欲不振（無・有・著）
悪心・嘔吐（無・有・著）
皮膚そう痒感（無・有・著）
全身倦怠感（無・有・著）
有痛性筋痙攣（無・有・著）
吐血・下血（無・有・著）

(2) 他覚所見

肝萎縮（無・有・著）
脾腫大（無・有・著）
浮　　腫（無・有・著）
腹　　水（無・有・有（難治性）
黄　　疸（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）

2. Child-Pughによるgrade

A（5・6）　B（7・8・9）　C（10・11・12以上）

3. 胆道閉鎖症の治療歴

(1) 手術所見（日時：平成・令和　　年　　月　　日）

(2) 治療経過

4. 肝 生 検　無・有　検査年月日（平成・令和　　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・令和　　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

・手術　　回　・局所療法　　回　・動脈塞栓術　　回
・放射線療法　　回　・科学療法　　回

7. 突発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

(3) 検査成績

検査項目＼検査日	施設基準値	・　・	・　・	・　・
AST（GOT）　IU/ℓ				
ALT(GPT)　IU/ℓ				
γ-GPT　IU/ℓ				
血清総ビリルビン　mg/dℓ				
血清アルブミン　g/dℓ（BCG法・BCP法・改良BCP法）				
A/G比				
血小板数　×10⁴/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				

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

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・令和　　年　　月　　日）
経過

(2) その他（超音波・CT・MRI検査等）（平成・令和　　年　　月　　日）

⑭ **糖 尿 病**（令和　　年　　月　　日現症）　腎合併症を認める例では、腎疾患（⑫）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　　）

2. 検 査 成 績（記入上の注意を参照）

検査項目＼検査日			
HbA1c（NGSP）（%）			
空腹又は随時血糖値（mg／dℓ）	空腹・随時	空腹・随時	空腹・随時

3. 治 療 状 況

(1) インスリンによる
（薬剤名　　）単位／日　回／日　単位／kg（体重）
（薬剤名　　）単位／日　回／日　単位／kg（体重）
（薬剤名　　）単位／日　回／日　単位／kg（体重）
(2) インスリンによる以外の治療による（具体的な治療　　）

4. 合 併 症　症状・所見等
(1) 眼の合併症　有・無（　　）
(2) 神経系統の障害　有・無（　　）
(3) その他の障害　有・無（　　）

5. インスリン療法自己管理状況

(1) インスリン注射の施行
□自己管理　□一部介助　□全部介助
（介助の必要な理由：　　）
(2) 血糖値測定
□自己管理　□一部介助　□全部介助
（介助の必要な理由：　　）
(3) インスリン量の管理等
（状況に応じた適切な対応（インスリン量の調整又は捕食など）ができるかで判断してください。）
□自己管理　□一部介助　□全部介助
（介助の必要な理由：　　）

6. 血糖コントロールの困難な状況

⑮ **そ の 他 の 代 謝 疾 患**（令和　　年　　月　　日現症）

（自覚症状・他覚所見・検査結果等）

⑬ **現症時の日常生活活動能力**（必ず記入してください）	
⑭ **予　　後**（必ず記入してください）	
⑮ **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

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。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。
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。（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。

⑴　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のうえ、添付してください。

⑵　⑫及び⑬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Alc及び空腹時血糖値」の推移の検査成績は、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。
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。

⑶　⑫及び⑬欄の「１　臨床所見」の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに〇を付けてください。

⑷　⑬の欄の「２　Child-Pughによるgrade」の点数に〇をつけてください。

⑸　⑬の欄の「８　治療の内容」は、⑬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、⑴～⑹の治療がある場合は、必要に応じて薬品名や⑹の内容等を記入してください。

⑹　⑭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を〇で囲み、過去６か月間における２回以上の検査成績を記入してください。

⑺　⑭の欄の「４　合併症」については、過去３か月間において症状を最もよく表している所見を記入してください。

⑻　⑭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等、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。

⑼　⑱の欄の「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記入してください。