様式第７号

特別児童扶養手当認定診断書

（血液・造血器、その他の障害用）

（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 （　　―　　） 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	**現在の症状、その他参考となる事項**	

⑪	**計　測** （令和　年　月　日）	**身長**	cm	**体重**	現在　kg	**握力**	**右**	kg	**視力**	**右　眼**	**裸眼**		**矯正**		
							左	kg		**左　眼**	**裸眼**		**矯正**		
		視野		**調性機能**			**聴力レベル**		最良語音明瞭度		**血圧**	**最大**	mmHg		
							右　耳	dB	%			**最小**	mmHg		
							左　耳	dB	%						

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

⑬ **血液・造血器**（令和　　年　　月　　日現症）

1. 臨床所見

(1) 自覚症状

易疲労感（無・有・著）
動悸（無・有・著）
息切れ（無・有・著）
発熱（無・有・著）
紫斑（無・有・著）
月経過多（無・有・著）
関節症状（無・有・著）

(2) 他覚所見

易感染性（無・有・著）
リンパ節腫脹（無・有・著）
出血傾向（無・有・著）
血栓傾向（無・有・著）
肝腫（無・有・著）
脾腫（無・有・著）

(3) 検査成績

ア　抹消血液検査（令和　　年　　月　　日）

※アの欄は、最も適切に現在の病状が把握できる検査数値及びその日付を記入してください。

ヘモグロビン濃度　（　　）g/dℓ
網赤血球　（　　）万/μL
白血球　（　　）万/μL
好中球　（　　）/μL
リンパ球　（　　）/μL
病的細胞　（　　）％

イ　凝固系検査（令和　　年　　月　　日）

※イの欄は、最も適切に現在の病状が把握できる検査数値及びその日付を記入してください。

凝固因子活性　（（第　　因子）　　）％
ｖＷＦ活性　（　　）％
インヒビター　（無・有）
ＡＰＴＴ　（　　）秒（基準値　　秒）
ＰＴ　（　　）秒（基準値　　秒）

ウ　その他の検査

画像検査　（検査名　　）（令和　年　月　日）
所見　（　　）
他の検査　（検査名　　）（令和　年　月　日）
所見

2. 治療状況

赤血球輸血　（年・月　　回）　血小板輸血　（年・月　　回）
補充療法　（年・月　　回）　新鮮凍結血漿　（年・月　　回）
造血幹細胞移植　（無・有）　有の場合　（令和　年　月　日）
慢性ＧＶＨＤ　（無・有）　有の場合　（軽症・中等度・重症）
所見

3. 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。

⑭ **その他の障害**（令和　　年　　月　　日現症）

1. 症状

(1) 自覚症状

(2) 他覚症状

2. 検査成績

(1) 血液・生化学検査

	単　位	施設基準値	年月日	年月日	年月日
赤血球数	万／μL				
ヘモグロビン濃度	g/dL				
ヘマトクリット	%				
血清総蛋白	g/dL				
血清アルブミン	g/dL				

(2) その他の検査成績

3. 人工臓器等

(1) 人工肛門造設　無　・　有　　手術年月日：令和　　年　　月　　日

尿路変更術　無　・　有　　手術年月日：令和　　年　　月　　日

新膀胱増設　無　・　有　　手術年月日：令和　　年　　月　　日

(4) 自己導尿の常時施行　無　・　有

(5) 完全尿失禁状態　無　・　有

(6) その他の手術　無　・　有（　　）令和　　年　　月　　日

（カテーテル留置：令和　　年　　月　　日）

⑮ **現症時の日常生活活動能力**（必ず記入してください）	
⑯ **予後**（必ず記入してください）	
⑰ **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　診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めています。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと認められる場合に使用してください。

様式第１号　眼の障害用
様式第２号　聴力、平衡機能、口腔（そしゃく・言語）の障害用
様式第３号　肢体の障害用
様式第４号　精神の障害用
様式第５号　呼吸器疾患の障害用
様式第６号　循環器疾患の障害用
様式第７号　腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用

4　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。

5　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。）

6　「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 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。）

⑵ ⑪の聴力欄は「聴力レベル」を記入してください。
「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。

⑶ ⑭の１の欄は、なるべく具体的に記入してください。

⑷ ⑭の２欄は、血液・生化学検査値のうち、病状を適切に表していると思われるものを記入してください。