

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	年 月 日生(歳)	性別	男・女
住所		住所地の郵便番号 (-)	都道 府県	都市 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	年 月	③ 合併症	精神障害	
	合併精神障害	年 月		身体障害	
	合併身体障害	年 月	④ ①のため初めて医師 の診断を受けた日	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) (治療期間) (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 症	⑦ 知能障害等		現在の病状又は状態像		左記の状態について、その程度・頻度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。
			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) 判定年月日 (年 月 日)		(参考) 「程度」 ・軽度:その症状・問題行動について、時々注意や配慮が必要となる程度 ・中度:その症状・問題行動があるために、常に注意が必要となる程度 ・重度:その症状・問題行動が著しいため、常に援助が必要となる程度 「頻度」1. 稀にある、過去にあった 2. 時々ある(1か月に1回以上) 3. 頻繁にある(1週間に1回以上) 4. 毎日ある
			2 高次脳機能障害 ア 失行 イ 失認 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 計算 エ その他()		
			4 その他()		
			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()		
		1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もろろう 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 (A・B・C・D)※記入上の注意参照 ・ てんかん発作の頻度 ((年間・月・週) 回程度)			
		1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情の平板化 6 不安 7 恐怖 8 強迫行為 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()			
		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 性的逸脱行動 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()			
		⑫ 性格特徴			

現 症	⑬ 日常生活能力の程度 (必ず記入してください)	1 食事 (全介助・半介助・自立) 2 洗面 (全介助・半介助・自立) 3 せつ排泄 おむつ必要・おむつ不要 全介助・半介助・自立 4 衣服 脱げない・着れない・ ボタン不能・自立	5 入浴 (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 7 睡眠 夜眠らず騒ぐ・時々不眠 寝ぼける・問題なし
	上記の内容を具体的に記載してください。 <hr/> 該当するものを○で囲んでください(精神障害または知的障害のうち、状態をもっと適切に記載できる方を使用してください)。 (精神障害) (1) 精神障害(病的体験・残遺症状・認知症・性格変化等)を認めるが、社会生活は普通にできる。 (2) 精神障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には援助が必要である。 (たとえば、日常的な家事をこなすことはできるが、状況や手順が変化したりすると困難を生じることがある。社会行動や自発的な行動が適切にできないこともある。金銭管理はおおむねできる場合など。) (3) 精神障害を認め、家庭内での単純な日常生活はできるが、時に応じて援助が必要である。 (たとえば、習慣化した外出はできるが、家事をこなすために助言や指導を必要とする。社会的な対人交流は乏しく、自発的な行動に困難がある。金銭管理が困難な場合など。) (4) 精神障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である。 (たとえば、著しく適正を欠く行動が見受けられる。自発的な発言が少ない、あっても発言内容が不適切であったり不明瞭であったりする。金銭管理ができない場合など。) (5) 精神障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である。 (たとえば、家庭内生活においても、食事や身のまわりのことを自発的にすることができない。また、在宅の場合に通院等の外出には、付き添いが必要な場合など。) (知的障害) (1) 知的障害を認めるが、社会生活は普通にできる。 (2) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、社会生活には援助が必要である(療育手帳B2(軽度)程度)。 (たとえば、簡単な漢字は読み書きができ、会話も意思の疎通が可能であるが、抽象的なことは難しい。身辺生活も一人でできる程度) (3) 知的障害を認め、家庭内での日常生活は普通にできるが、時に応じて援助が必要である(療育手帳B1(中度)程度)。 (たとえば、ごく簡単な読み書きや計算はでき、助言などがあれば作業は可能である。具体的指示であれば理解ができ、身辺生活についてもおおむね一人でできる程度) (4) 知的障害を認め、日常生活における身のまわりのことも、多くの援助が必要である(療育手帳A2(重度)程度)。 (たとえば、簡単な文字や数字は理解でき、保護的環境であれば単純作業は可能である。習慣化していることであれば言葉での指示を理解し、身辺生活についても部分的にできる程度) (5) 知的障害を認め、身のまわりのこともほとんどできないため、常時の援助が必要である(療育手帳A1(最重度)程度)。 (たとえば、文字や数の理解力がほとんどなく、簡単な手伝いもできない。言葉による意思の疎通がほとんど不可能であり、身辺生活の処理も一人でできない程度)		
	⑭ 要 注 意 度	1 常に嚴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	
	⑮ 医学的総合判定 (必ず記入してください)		
	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。

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

記入上の注意

- 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。
- ×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。
- ④の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が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。
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- ⑦から⑩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○で囲んでください。
- 知的障害の場合は、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。
- 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。
- てんかんの発作回数は、過去2年間の状態あるいは、おおむね今後2年間に予想される状態を記入してください。
また、てんかんの発作の欄は、下記の発作のタイプを参考にしてA～Dを○で囲んでください。
A: 意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作
B: 意識障害の有無を問わず、転倒する発作
C: 意識を失い、行為が途絶するが、倒れない発作
D: 意識障害はないが、随意運動が失われる発作
- ⑭の欄は、⑦から⑯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○で囲んでください。
- 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」、「診療担当科名」は記入する必要はありません。