

受給者の方は、この説明を診断書作成の先生に必ず渡してください。

特別児童扶養手当認定診断書(呼吸機能障害用、循環器疾患の障害用、腎、肝疾患、糖尿病の障害用、血液・造血管器・その他の障害用)

## 作成していただく先生へ(お願い)

東京都心身障害者福祉センター

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。  
この診断書は障害児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(内容が明確でない)がある場合は再度診断をお願いすることがありますので、できるだけ詳しく記入してください。

診断書作成の際、診断書の裏面および下記に留意の上、ご記入願います。

### <一般的事項>

- 1 内科的疾患に基づく身体の障害の程度の判定にあたっては、一般的状態、臨床症状等により「一般的状態区分表」の一般状態区分を基準としますので、I～Vに相当する事項については必ず記入してください。(一般状況区分は「I」が最も軽度を「V」が最も重度を表します。)
- 2 学齡的に達するまでの乳幼児の病状の判定にあたっては、一般的状況等全身的な障害の程度を重点に記入してください。

### <呼吸器の障害機能>

- 1 慢性気管支炎等器質的変化を伴う疾病は、可能な限り肺活量等検査成績を記入してください。
- 2 ぜんそく等器質的変化の少ない疾病は、頻繁な発作、胸部の変形等臨床的症状を、記入してください。
- 3 肺活量については、%肺活量と1秒率による測定値を記入してください。
- 4 動脈血ガス分析又は経皮酸素飽和度を必ず記入してください。

### <循環器疾患>

- 1 呼吸困難、心悸亢進、チアノーゼ、浮腫等の臨床症状や、エックス線、心電図等の検査成績、一般的状態、治療および病状の経過等により、診断書作成日における一般状態区分を必ず記入してください。(一般状況区分は「I」が最も軽度を「V」が最も重度を表します。)
- 2 次の内容について記入してください。
  - (1) 心不全症状および狭心症症状(川崎病後遺症など)がどのような状況下で起こるか
  - (2) エックス線フィルムによる心胸廓係数(心胸廓比、心形、肺血管大動脈など)
  - (3) 心電図による各種病的所見
  - (4) 重症度評価に必要と思われる場合、動脈血酸素分圧または飽和度
  - (5) 手術後の症状、経過
  - (6) 乳幼児で著しい体重増加の障害
  - (7) 幼児・学童の場合は、通園・通学状況
  - (8) 血液検査によるBNP値又はNT-proBNP値(可能な限り)

### <腎臓疾患>

- 1 悪心、嘔吐等の臨床症状、腎機能検査成績、一般的状態、治療および病状の経過等により診断書作成日における一般的状況区分を必ず記入してください。
- 2 ⑫腎疾患の各項1～4を必ず記入してください。

### <肝臓疾患>

- 1 悪心、黄疸、腹水、意識障害等の臨床症状、肝機能の検査成績、一般状態、治療および病状の経過並びに、適切と思われる**一般状態区分を、必ず記入してください。**
- 2 次の内容について記入してください。  
(肝機能検査成績は、その性質上変動しやすいので、最も適切に病状を表していると思われる検査成績に基づいて記入してください。)
  - (1) 腹水の状況
  - (2) 意識障害発作の状況
  - (3) 胆道疾患による発熱の状況
  - (4) エックス線検査による食道静脈瘤および吐血の既往歴の状況
  - (5) 肝移植後の経過
- 3 ⑭糖尿病の各項目1～6について全て記入してください。特に⑭-5インスリン療法の自己管理状況についてはもれなく記入してください。

### <血液・造血器疾患>

- 1 一般状態特に治療および病状の経過に重点を置き、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績並びに、適切と思われる**一般状態区分を必ず記入してください。**
- 2 次の内容について記入してください。  
(血液学的検査成績は、その性質上変動しやすいので、最も適切に病状を表していると思われる検査成績に基づいて記入してください。)
  - (1) 貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の状況
  - (2) 末梢血液像の検査成績および骨髓像の検査成績の状況

### <ヒト免疫不全ウイルス感染症>

- 1 障害の範囲
  - (1) ヒト免疫不全ウイルス感染症とその続発症による日常生活上の障害
  - (2) 副作用等治療の結果として起こる日常生活上の障害
- 2 障害認定のあり方  
続発症の有無およびその程度およびCD4値等の免疫機能の低下の状態を含む検査所見、治療および病状の経過を十分考慮し、日常生活上の障害を総合的に記入してください。
- 3 下記の検査所見および臨床所見について記入してください。
  - (1) 疲労感、倦怠感、不明熱、体重減少、消化器症状の程度、出現頻度、持続時間
  - (2) 日和見感染症、悪性腫瘍の種類、重症度、既往、出現頻度
  - (3) CD4値、ヒト免疫不全ウイルスRNA 定量値、白血球数、ヘモグロビン量、血小板数の状況
  - (4) 治療の状況(治療薬剤、服薬状況、副作用の状況)

### <その他>

- 1 身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状がある場合は、その状態、および各種検査成績を詳細に記入してください。

その他、ご不明な点がありましたら、下記までご連絡ください。

東京都心身障害者福祉センター  
調整課 手当担当  
電話 03-3235-2949

(令和4年4月作成)