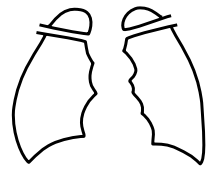


特別障害者手当認定診断書(結核及び換気機能障害用)				
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
③ 住 所			④ 障 害 の 原 因 と な っ た 傷 病 名	
⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	昭和 平成 令和 年 月 日		⑥ 傷 病 発 生 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 令和 年 月 日	推定 確認	⑧ 将 来 再 認 定 の 要	有 (年後) ・ 無
現 症	⑨ 身体計測 身長 _____ cm : 体重 _____ kg		⑬ 安静を要する程度	
	⑩ 胸部X線所見 ア. 胸 膜 癒 着 なし・軽・中・高 イ. 気 腫 化 なし・軽・中・高 ウ. 線 維 化 なし・軽・中・高 エ. 不 透 明 肺 なし・軽・中・高 オ. 胸 廊 変 形 なし・軽・中・高 カ. 心 縦 隔 の 変 形 なし・軽・中・高		1度 絶対安静 2度 ベット上の安静 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 健康な人の2分の1程度の労働はよい 7度 軽労働はよいが重労働は禁ずる。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	
	 撮影 _____ 年 _____ 月 _____ 日		⑭ 動脈血ガス分析値(平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
	ア. 動脈血O ₂ 分圧 _____ mmHg イ. 動脈血CO ₂ 分圧 _____ mmHg		⑮ 現在までの治療内容等	
⑫ 換気機能(平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)		⑯ その他の障害又は病状臨床所見		
ア. 肺活量実測値(VC) _____ ml				
イ. 予測肺活量 _____ ml				
ウ. 努力性肺活量(FVC) _____ ml				
エ. 1秒量(FEV1.0) _____ ml				
オ. 努力性肺活量1秒率(FEV1%) _____ エ/ウ×100				
カ. 予測肺活量1秒率 _____ エ/イ×100				
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 _____				

◎裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障害者の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。
◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。

注意

- 1 この診断書は、特別障害者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おそくなることがありますので、くわしく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 3 ⑤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はじ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し立てによって記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑩の欄には、添付されたX線写真について、その所見を記入してください。
- 5 ⑮の欄には、現在までの治療の内容、期間、経過などを記入してください。
- 6 この診断書の外に胸部X線写真を添えてください。
- 7 医師氏名は記名又は署名のどちらでもかまいません。また、医師の押印は必要ありません。
- 8 診断書に記入した内容に修正がある場合は、二重線で取り消し、その上部等に正しい文言等を記入してください。(訂正印は必要ありません。)