

| 特別障害者手当認定診断書 ( <span style="font-size: small;">肝臓<br/>血液</span> 疾患及びその他の疾患用 )  |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
|--|-------------------------|---|----------------|-------------------------------|-----|----|--|--|------|-----|--|--|---------------|--|--|--|---------------|--|--|--|------------|--|--|--|----------------|--|--|--|------------------|--|--|--|------------|--|--|--|--------------|--|--|--|-----------|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|--|--|---------------------------|--|--|--|-------------|--|--|--|----------------|--|--|--|---------------|--|--|--|-----------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| ① (ふりがな) 氏名  |                         | 男・女   | ② 生年月日         | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ③ 住所   |                         |   | ④ 障害の原因となつた傷病名 |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日   | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 |   | ⑥ 傷病発生日        | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日       |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑦ 障害が継続すると判定された日   | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 | 推定<br>確認  | ⑧ 将来再認定の要      | 有 ( 年後 ) ・ 無                  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 障 害 の 状 態  |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑨ 肝疾患 (平成・令和 年 月 日現症)  |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| <p>1 臨床所見</p> <p>(1) 自覚症状 (2) 他覚所見</p> <p>全身倦怠感(無・有・著) 肝萎縮(無・有・著)</p> <p>発熱(無・有・著) 脾腫大(無・有・著)</p> <p>食欲不振(無・有・著) 浮腫(無・有・著)</p> <p>悪心・嘔吐(無・有・著) 腹水(無・有・有(難治性))</p> <p>皮膚そう痒感(無・有・著) 黄疸(無・有・著)</p> <p>有痛性筋痙攣(無・有・著) 腹整静脈怒張(無・有・著)</p> <p>吐血・下血(無・有・著) 肝性脳症(無・有・(度))</p> <p>出血傾向(無・有・著)</p> |                         | <p>(3) 検査成績</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">検査日</th> <th style="width: 30%;">施設</th> <th style="width: 20%;"></th> <th style="width: 20%;"></th> </tr> <tr> <th>検査項目</th> <th>基準値</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST(GOT) IU/L</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT(GPT) IU/L</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT IU/L</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総ビリルビン mg/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ IU/L</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白 g/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン g/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG法・BCP法</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>・改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数 ×10<sup>4</sup>/μL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン時間 %</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総コレステロール mg/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア ug/dL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP ng/mL</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II mAU/mL</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |                |                               | 検査日 | 施設 |  |  | 検査項目 | 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 |  |  |  | アルカリホスファターゼ IU/L |  |  |  | 血清総蛋白 g/dL |  |  |  | 血清アルブミン g/dL |  |  |  | BCG法・BCP法 |  |  |  | ・改良型BCP法 |  |  |  | A/G比 |  |  |  | 血小板数 ×10 <sup>4</sup> /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 ug/dL |  |  |  | AFP ng/mL |  |  |  | PIVKA-II mAU/mL |  |  |  |
| 検査日  | 施設                      |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 検査項目   | 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   |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| アルカリホスファターゼ IU/L   |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血清総蛋白 g/dL   |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血清アルブミン g/dL   |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| BCG法・BCP法  |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ・改良型BCP法   |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| A/G比   |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血小板数 ×10 <sup>4</sup> /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 ug/dL  |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| AFP ng/mL  |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| PIVKA-II mAU/mL  |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 2 Child-Pughによるgrade   |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)  |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 3 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( )   |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 4 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)   |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 5 肝腫瘍治療歴 無・有   |                         | 8 その他の所見  |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回   |                         | (1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成・令和 年 月 日))   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ・放射線療法 回 ・化学療法 回   |                         | 経過  |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 6 特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   |                         | (2) その他(超音波・CT・MRI検査等)(平成・令和 年 月 日)   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 7 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  |                         |   |                |                               |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |

|  |  |
|--|--|
| ⑩ 血液疾患(平成・令和 年 月 日現症)  |  |
| 1 臨床所見   |  |
| (1) 自覚症状   | (3) 検査成績                                   |
| 立ちくらみ (無・有・著)  | ア 末梢血液検査(平成・令和 年 月 日)                      |
| 易疲労感 (無・有・著)   | イ その他の検査                                   |
| 動悸 (無・有・著)   | ※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。 |
| 息切れ (無・有・著)  | 画像検査(検査名 ) (平成・令和 年 月 日)                   |
| 発熱 (無・有・著)   | 所見( )                                      |
| 紫斑 (無・有・著)   | ヘモグロビン濃度( ) g/dL                           |
| 月経過多 (無・有・著)   | 網赤血球( ) 万/ $\mu$ L                         |
| 関節症状 (無・有・著)   | 血小 板( ) 万/ $\mu$ L                         |
| (2) 他覚所見   | 白血球( ) / $\mu$ L                           |
| 易感染性 (無・有・著)   | 好中球( ) / $\mu$ L                           |
| リンパ節腫脹 (無・有・著)   | リンパ球( ) / $\mu$ L                          |
| 出血傾向 (無・有・著)   | 病的細胞( ) %                                  |
| 血栓傾向 (無・有・著)   |  |
| 肝腫 (無・有・著)   |  |
| 脾腫 (無・有・著)   |  |
| 2. 治療状況  | 3. その他の所見                                  |
| 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)                                  |  |
| ⑪ その他の疾患(平成・令和 年 月 日現症)                                      |  |
| 1. 症状  | 2. 臨床検査                                    |
| ⑫ 安静を要する程度   |  |
| 1. 絶対安静  | 5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)                  |
| 2. ベッド上の安静   | 6. 健康な人の2分の1程度の労働はよい                       |
| 3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)  | 7. 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             |
| 4. 室内歩行はよい(1時間以内)  | 8. 疲れない程度の普通の生活                            |
| ⑬ 活動能力の程度  |  |
| 1. 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                       |  |
| 2. 軽度の症状があり、肉体的労働は制限を受けるが、歩行・軽労働や坐業はできる。例えば、軽い家事・事務など        |  |
| 3. 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る。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している |  |
| 4. 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%以上は就床している              |  |
| 5. 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いる                         |  |
| ⑭ 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障害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

- 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それに記入してください。
- 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、それが不明の場合には、その旨を記入してください。
- 肝機能の検査成績は、過去3か月間における2回の検査成績(1ヶ月以上の間隔をおくこと。)をそれぞれ記入してください。
- ⑨の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「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○を付してください。
- ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- ⑨の欄の「7 治療の内容」は、⑨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、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
- ⑪の「その他の疾患」の欄には、視覚障害、聴覚障害、肢体障害、結核及び換気機能障害、心臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び精神障害以外の疾患について記入してください。
- 問診による身体状態と他覚的検査結果とが一致しないような場合には、備考欄にその旨を記入してください。
- 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。
- 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。)