

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書 (肝臓疾患及びその他の疾患用)			
(ふりがな)			
① 氏名	男・女	明治 大昭和 平成	年 月 日
② 住所		④ 疾病の原因となつた傷病名	
③ 住 所		⑤ 傷病発生日	昭和 平成
④ ①のためはじめて医師の診断を受けた日	昭和 平成	年 月 日	年 月 日
⑤ ④の医師の診断を受けた日	昭和 平成	年 月 日	年 月 日
⑥ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成	年 月 日	推定 確認
⑦ ⑥の医師の診断を受けた日	昭和 平成	年 月 日	推定 確認
⑧ 将来再認定の要	有 ( ) 年後	・ 無	

  

2. 肝機能検査成績			
検査系列	検査項目	検査成績	
		検査年月日	検査年月日
A	血清総蛋白	g/dl	g/dl
	A/G (吉川・斉藤法)		
B	Z T T (Kun Kell法)	単位	単位
	黄疸指数 (Meulengracht法)		
C	G O T	単位	単位
	G P T	単位	単位
D	アルカリフォスファターゼ (Bessey法)	単位	単位
	アルカリフォスファターゼ (Kind-King法)	単位	単位

1. 臨床所見		2. 血液検査成績 (平成 年 月 日)	
⑩ 血液疾患	1 臨床所見 立ちくらみ (有・無) 動悸 (有・無) 息切れ (有・無) 出血傾向 (有・無) 発熱 (有・無) 感染 (有・無) 輸血の回数 (平成 年 月 日) ~ 回数 cc その他の臨床所見	2 血液検査成績 末梢血液 赤血球数 $\times 10^4 / \text{mm}^3$ 網赤血球数 % 白血球数 $/ \text{mm}^3$ 顆粒球数 $/ \text{mm}^3$ 病的細胞 % 血小板数 $\times 10^4 / \text{mm}^3$ 有核細胞数 $\times 10^4 / \text{mm}^3$ 巨核球数 $/ \text{mm}^3$ リンパ球 % E/M 病的細胞 %	
⑪ その他の疾患	1 症状	2 臨床検査	
⑫ 安静を要する程度	1 絶対安静 2 ベッド上の安静 3 必要時のみ室内歩行 (30分以内) 4 室内歩行はよい (1時間以内) 5 一定時間内の屋外歩行はよい (1.5時間以内) 6 普通人の2分の1程度の労働はよい	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。 8 疲れない程度の普通の生活	
⑬ 備考	上記のとおり診断します。平成 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

1 この診断書は、障害児福祉手当・福祉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場合がありますので、くわしく記入して下さい。

2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。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下さい。

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下さい。

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下さい。また、それが不明な場合には、その旨を記入して下さい。

4 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か月以上の間隔をおくこと。）をそれぞれ記入して下さい。

5 血液の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表わしている成績を記入して下さい。

6 ⑩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障害について記入して下さい。

7 ⑫の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」（厚生省）に掲げる安静度表に準拠して下さい。

8 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下さい。