

診断書提出時の状況欄 (区市町村にて記入)				審査欄 (東京都にて記入)			
受給者	証書記号番号	東特第	号	結果	該	否	1級( )号・2級( )号・非該当
	氏名				有	期	限
対象児童	等級	特児	級(単独・重複)重複障害名	所見			
	有期	令和	年 月				
	身体障害者手帳 級(平成・令和 年 月交付)						
	障害名 (愛の手帳 度 (平成・令和 年 月判定))				審査年月日	令和 年 月 日	
				審査医師名			

様式第7号

## 特別児童扶養手当認定診断書

(腎、肝疾患、糖尿病の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日		平成・令和 年 月 日生(歳)	性別	男・女
住所		住所地の郵便番号 ( )	都道府県	郡市区		
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		平成 年 月 日	診療録で確認本人の申立て	
④ 傷病の原因又は誘因		初診年月日(平成・令和 年 月 日)	⑤ 既存障害	平成 年 月 日	診療録で確認本人の申立て	
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 ……治った日 平成・令和 年 月 日 (推定・確認)				
⑧ 診断書作成医療機関における初診時見初診年月日(平成・令和 年 月 日)		傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有・無・不明				
⑨ 現在までの治療内容、期間、経過、その他参考となる事項		治療回数	年間	回、月平均	回	
		手術歴	手術名( )			
		手術年月日(年 月 日)				
⑩ 計測(令和 年 月 日計測)	身長 cm	体重 kg	脈拍 回/分	血圧 最大 mmHg	最小 mmHg	降圧薬服用 無・有
⑪ 一般状態区分表 (令和 年 月 日) (該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。但し、乳幼児では、掲げた内容に相当すると考えられる状態とする。)						
I 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もの						
II 軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動や座業はできるもの						
III 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り、軽い運動はできないが、日中の50%以上は起居しているもの						
IV 身のまわりのある程度はできるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不可能となったもの						
V 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おり、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの						
障 害 の 状 態						
⑫ 腎疾患 (令和 年 月 日現症) (腎性網膜症又は糖尿病を合併する例では、糖尿病(⑩)の欄にも、必要事項を記入してください。)						
1 臨床所見		(1) 自覚症状		(2) 他覚所見		
		悪心・嘔吐 (無・有・著)		浮腫 (無・有・著)		
		食欲不振 (無・有・著)		貧血 (無・有・著)		
		頭痛 (無・有・著)		腎不全に基づく		
		呼吸困難 (無・有・著)		神経症状 (無・有・著)		
				視力障害 (無・有・著)		
				低身長 (無・有・著)		
2 腎生検所見		無・有 検査年月日(平成・令和 年 月 日)				
3 人工透析療法		(1) 人工透析療法の実施の有無 無・有 (血液透析・腹膜透析・血液濾過)				
		(2) 人工透析開始日 (平成・令和 年 月 日)				
		(3) 人工透析(腹膜透析除く)実施状況 回数・回/週、1回 時間				
		(4) 人工透析導入後の臨床経過				
		(5) 長期透析による合併症 無・有				
4 その他の所見		(1) 腎移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成・令和 年 月 日)経過)				
		(2) その他				
		(3) 検査成績 (記入上の注意を参照)				
		検査項目	検査日			
		夜間尿蓄尿蛋白量	mg/hr/m <sup>2</sup>			
		早期尿蛋白量/クレアチニン比	g/g/7チニン			
		赤血球数	×10 <sup>4</sup> /μl			
		ヘモグロビン	g/dl			
		白血球数	/μl			
		血小板数	×10 <sup>4</sup> /μl			
		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				
		総コレステロール	mg/dl			
		血液尿素窒素(BUN)	mg/dl			
		血清クレアチニン	mg/dl			
		eGFR	ml/分			
		1日尿量	ml/日			
		内因性クレアチニンクリアランス	ml/分			
		血液ガス分析(アシドーシスの有無)		無・有・著	無・有・著	無・有・著

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。)

障 害 の 状 態																																																																																																																														
<b>⑬ 肝疾患 (令和 年 月 日現症)</b> 1 臨床所見 (1) 自覚症状 全身倦怠感 (無・有・著) 発熱 (無・有・著) 食欲不振 (無・有・著) 悪心・嘔吐 (無・有・著) 皮膚そう痒感 (無・有・著) 痛性筋痙攣 (無・有・著) 吐血・下血 (無・有・著) (2) 他覚所見 肝萎縮 (無・有・著) 脾腫大 (無・有・著) 浮腫 (無・有・著) 腹水 (無・有・著) 有 (難治性) 黄疸 (無・有・著) 腹壁静脈怒張 (無・有・著) 肝性脳症 (無・有 (度)) 出血傾向 (無・有・著)	(糖尿病又は腎臓障害を合併する例では、糖尿病(⑭)、腎疾患(⑯)の欄にも、必要事項を記入してください。) (3) 検査成績 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">検査項目</th> <th>検査日</th> <th>施設</th> <th>基準値</th> <th>..</th> <th>..</th> <th>..</th> </tr> <tr> <th colspan="6">検査成績</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST(GOT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT(GPT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総ビリルビン</td><td>mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総蛋白</td><td>g/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清アルブミン</td><td>g/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BCG法・BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>・改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>×10<sup>4</sup>/μl</td><td></td><td></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><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総コレステロール</td><td>mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td>μg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td>ng/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II</td><td>mAU/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 8 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 9 その他の所見 (1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成・令和 年 月 日)) 経過 (2) その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成・令和 年 月 日)	検査項目	検査日	施設	基準値	..	..	..	検査成績						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	μg/dl						AFP	ng/ml						PIVKA-II	mAU/ml					
検査項目	検査日		施設	基準値	..	..	..																																																																																																																							
	検査成績																																																																																																																													
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	μg/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 胆道閉鎖症の治療歴 (1) 手術所見(日時:平成・令和 年 月 日) (2) 治療経過 4 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( ) 5 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) 6 肝腫瘍治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回 7 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	<b>⑭ 糖尿病 (令和 年 月 日現症)</b> (腎合併症を認める例では、腎疾患(⑯)の欄に必要事項を記入してください。) 1 病型 (いずれかの病型に○を付けてください。) (1) 1型糖尿病 (2) 2型糖尿病 (3) その他の型 (病名 ) 2 検査成績(記入上の注意を参照) <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">検査項目</th> <th colspan="3">検査日</th> </tr> <tr> <th>空腹・随時</th> <th>空腹・随時</th> <th>空腹・随時</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>HbA1c(NGSP)(%)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>空腹時又は随時血糖値(mg/dl)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> 3 治療状況 (1) インスリンによる (薬剤名) 単位/日 回/日 単位/kg(体重) (薬剤名) 単位/日 回/日 単位/kg(体重) (薬剤名) 単位/日 回/日 単位/kg(体重) (2) インスリン以外の治療による(具体的な治療 ) 4 合併症 症状・所見等 (1) 眼の障害 有・無 ( ) (2) 神経系統の障害 有・無 ( ) (3) その他の障害 有・無 ( ) 5 インスリン療法の自己管理状況 (1) インスリン注射の施行 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (介助の必要な理由: ) (2) 血糖値測定 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (介助の必要な理由: ) (3) インスリン量の管理等 (状態に応じた適切な対応(インスリン量の調整又は補食など)ができるかで判断して下さい。) <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (介助の必要な理由: ) 6 血糖コントロールの困難な状況	検査項目	検査日			空腹・随時	空腹・随時	空腹・随時	HbA1c(NGSP)(%)				空腹時又は随時血糖値(mg/dl)																																																																																																																	
検査項目	検査日																																																																																																																													
	空腹・随時	空腹・随時	空腹・随時																																																																																																																											
HbA1c(NGSP)(%)																																																																																																																														
空腹時又は随時血糖値(mg/dl)																																																																																																																														
<b>⑮ その他の代謝疾患 (令和 年 月 日現症)</b> (自覚症状・他覚所見・検査成績等)	16 現症時の日常生活活動能力 (必ず記入してください) 17 予後 (必ず記入してください) 18 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。  
 病院又は診療所の名称  
 所在地

令和 年 月 日  
 診療担当科名  
 医師氏名

注 意

- 1 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。
- 2 ○・×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。
- 3 ③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。
- 4 ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。(なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。)
- 5 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
  - (1) ①～⑪及び⑬～⑰の欄は、全て記入してください。それ以外については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がありません。(無関係な欄は斜線により抹消してください。)なお、該当欄に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。
  - (2) ⑫及び⑬の欄の「1 臨床所見」の検査成績及び⑭の欄の「2 ヘモグロビンA1c及び空腹時血糖値の推移の推移」の検査成績は、過去6ヶ月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。なお、人工透析療法を実施している人の腎機能検査成績は当該療法の導入後であって、毎回の透析実施前の検査成績を記入してください。
  - (3) ⑫及び⑬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。
  - (4) ⑬の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
  - (5) ⑬の欄の「8 治療の内容」は、⑬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。
  - (6) ⑭の欄の「2 検査成績」の「HbA1c」及び「空腹時又は随時血糖値」は、「空腹・随時」について該当する方に○で囲み、過去6か月間における2回以上の検査成績をそれぞれ記入してください。
  - (7) ⑭の欄の「4 合併症」については、過去3か月間において病状を最もよく表している所見を記入してください。
  - (8) ⑭の欄の「6 血糖コントロールの困難な状況」は、意識障害により自己回復ができない重症低血糖である場合等、血糖コントロールが困難な状況について、特記すべきことがあれば具体的に記入してください。
  - (9) ⑱の欄「備考」について、①～⑰欄までに書ききれないことや、参考になる事柄があれば記入してください。



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变化を伴う疾病は、可能な限り肺活量等検査成績を記入してください。
- 2 ぜんそく等器質的变化の少ない疾病は、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おこるか
  - (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髄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)