

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)		
受給者氏名	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	有期 年・無期
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)	審査年月日	令和 年 月 日
	障害名			審査医師名		
愛の手帳			度			
			(平成・令和 年 月判定)			

様式第4号

特別児童扶養手当認定診断書

(知的障害・精神の障害用)

(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	都市区	
① 障害の原因となった傷病名		ICD-10コード( )				
② 傷病発生年月	主な精神障害		平成・令和 年 月	③ 合併症	精神障害	
	合併精神障害		平成・令和 年 月		身体障害	
④ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成・令和 年 月 日		⑤ 現病歴(陳述者より聴取) ア 発病以来の病状と経過		④ ①のため初めて医師の診断を受けた日
⑤ 現病歴(陳述者より聴取) ア 発病以来の病状と経過		陳述者の氏名		患者との続柄		
⑥ これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴を陳述者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。)		ア 発育・養育歴		イ 教育歴 乳児期 不就学 就学猶予 小学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 中学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 高校(普通学級・特別支援学校) その他		
障害の状態(令和 年 月 日現症)						
現症	⑦ 知能障害等		現在の病状又は状態像			左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。
	⑧ 発達障害関連症状		1 知的障害 知能指数又は発達指数 (IQ・DQ ) テスト方式 ( ) テスト不能 判定 ( 最重度、重度、中度、軽度、正常 ) 判定年月日 (令和 年 月 日)			
	⑨ 意識障害・てんかん		2 高次脳機能障害 ア 失行 イ 失認 ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害			
	⑩ 精神症状		3 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他( )			
	⑪ 問題行動及び習癖		4 その他( )			
	⑫ 性格特徴		1 相互的な社会関係の質的障害 2 言語コミュニケーションの障害 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 4 その他( )			
			1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もろろ 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他 ( ) ・ てんかん発作のタイプ ( ) ・ てんかん発作の頻度 ( ( 年間・月・週 ) 回程度 )			
		1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情の平板化 6 不安 7 恐怖 8 強迫行為 9 思考障害 10 心気症 11 中毒嗜癖 12 うつ状態 13 そう状態 14 その他( )				
		1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企画 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火・弄火 10 器物破壊 11 徘徊・浮浪 12 盗み 13 性的逸脱行動 14 排泄の問題 (尿失禁、便秘、便こね、その他) 15 食事の問題 (拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 16 その他( )				

現 症	⑬ 日常生活能力の程度 (必ず記入してください)	1 食事 (全介助・半介助・自立) 2 洗面 (全介助・半介助・自立) 3 排泄 (おむつ必要・おむつ不要) 4 衣服 (脱げない・着れない・ボタン不能・自立)	5 入浴 (全介助・半介助・自立) 6 危険物 (全くわからない・特定の物、場所はわかる・大体わかる) 7 睡眠 (夜眠らず騒ぐ・時々不眠・寝ぼける・問題なし)
	⑭ 要 注 意 度	上記の内容を具体的に記載して下さい。 1 常に嚴重な注意を必要とする    2 随時一応の注意を必要とする    3 ほとんど必要ない	
⑮	医学的総合判定 (必ず記入してください)		
⑯	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。

令和 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

#### 記 入 上 の 注 意

- 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ると認定が遅くなることがありますので、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記入してください。
- ④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。
- ⑦から⑪までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
- 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑦の欄に記入してください。
- 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。
- ⑭の欄は、⑦から⑬までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科目名」は記入する必要はありません。

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（知的障害・精神の障害用）

## 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

ご記入に際しては、下記の点にご注意いただきますようお願いいたします。

未記入事項や内容が明確でない記入事項がある場合は、再度診断をお願いすることがありますので、全ての項目について、できるだけ詳しくご記入ください。

- 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ことがありますので、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。
  - ・ 特に⑬については、「1 食事」から「7 睡眠」までの全項目について、該当する何れかのものを○で囲んだ上で、その内容を具体的に記載してください。
- 3 ④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 ⑦から⑪までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
  - ・ ○で囲んだ状態について、その程度・症状・処方薬等を右欄に具体的に記載してください。
  - ・ 特記すべき症状等がない場合は、「なし」と右欄に必ず記載してください。

※特記すべき症状の記載がない場合は、特記すべき症状がないと判断し、審査をします。
- 5 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑦の欄に記入してください。
  - ・ ⑦知的障害等の「1 知的障害」の各事項については、全てもれなく記入してください。

- ・ 貴院で検査を実施していない場合は、他の検査機関で実施した検査結果をもって判定してください。なお、検査結果を別紙で添付する場合は、検査結果の書面の中に本認定診断書を作成する医師の署名または押印が必要です。
- ・ 検査結果は概ね2年以内のものであることが必要です。
- ・ 検査が困難な場合は、遠城寺式の検査などにより判定を行ってください。
- ・ 障害者の状態によりテスト不能である場合は、その裏付けとなる状態像等を右欄に具体的に記載してください。

6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。

7 ⑭の欄は、⑦から⑬までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。

8 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科目名」は記入する必要はありません。

※ ⑮の欄は、⑤から⑭までの欄に記載された事項を総合的に判定して、障害の状況を詳細に記載してください。

なお、「要入院医療」と記載した場合は、その理由を併せて記入してください。

※ ⑯の欄は、治療歴、問題点などをできるだけ記載願います。

その他、作成に際してご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

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)