

福岡県医発第1331号（総）

平成16年10月22日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会

会長 竹 嶋 康 弘



総務省通知「恩給診断書の書式を改めることについて」の送付について

標記の件につきまして、傷病恩給の請求における恩給診断書の書式が、他の給付制度における障害認定方法と関係法令の用語の改定との整合を図るため一部改められ、この度、日本医師会を通じ総務省より通知がありましたので、別紙のとおりお送りいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただき、周知方につきご高配賜りますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

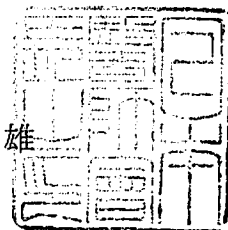
担当理事 永田正和



日医発第752号（法40）
平成16年10月7日

都道府県医師会長 殿

日本医師会
会長 植松 治雄



総務省通知「恩給診断書の書式を改めることについて」の送付について

今般、総務省人事・恩給局長から本職にあてて標記の通知がありました。

傷病恩給の請求における恩給診断書の交付は、恩給を受けようとする者が相談に赴く各都道府県行政庁において、恩給請求に必要な書類のひとつとして「診断書書式」が渡され、それを請求者が医療機関に持参し、診察、診断書の記入、発行を依頼するという流れで運用されております。「精神疾患、外傷性てんかん等」に関しては昭和34年に、「肢体障害」「視覚障害」「聴覚障害」に関しては昭和50年に、全国統一的な書式が作成され、恩給請求の実務において、これらの書式の使用が求められていたところであり

ます。

このたび、他の給付制度における障害認定方法と関係法令の用語の改定との整合を図るため、書式の一部が改められました。別添のとおり、総務省人事・恩給局長から周知方の依頼がありましたので、取り急ぎ、その写しをお送りいたしますので、貴会管下会員への周知方についてご高配くださいますようお願い申し上げます。

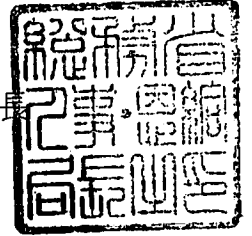


総人恩審第97号

平成16年 9月 9日

日本医師会長 殿

総務省人事・恩給局長



恩給診断書の書式を改めることについて

平素は恩給行政につきまして格別の御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、傷病恩給請求に際し添付する恩給診断書の書式に関し、かねてからその見直しについて検討を重ねておりましたところ、この度、別紙のとおり各恩給診断書の書式を改めましたので、今後新書式を御利用くださるよう貴会会員への周知方につきよろしく御高配を賜りたく御依頼申し上げます。

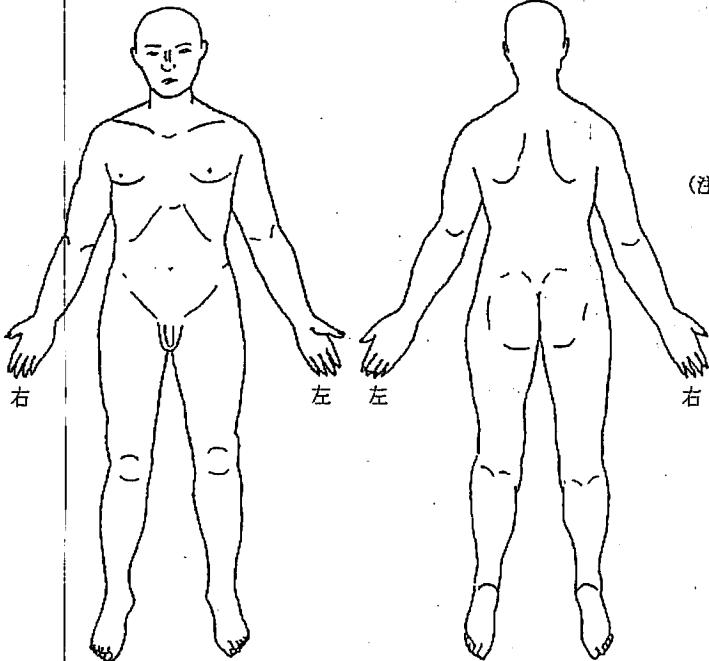
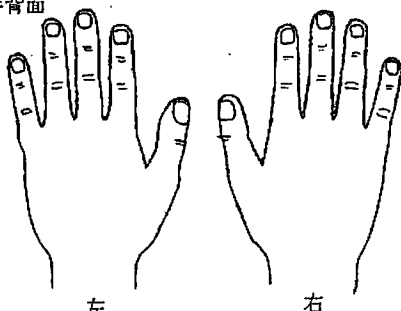
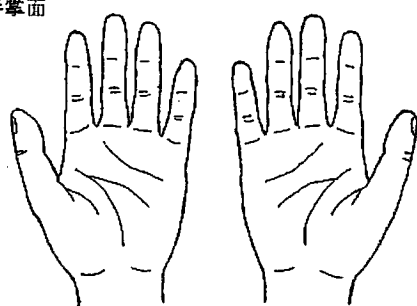
(書式添付)

(連絡先)

総務省人事・恩給局

恩給審査課傷病恩給第一係

電話03(5273)1331

恩 給 診 断 書 (肢体障害用)																																	
① 氏 名		② 生 年 月 日 昭和 年 月 日 (歳)																															
③ 現住所																																	
④ 傷 病 名																																	
⑤ 受傷(り病)年月日及び場所		昭和 年 月 日 ⑥ 退職年月日 昭和 年 月 日																															
⑦ 既 往 症																																	
⑧ 受傷(り病)以来の症状及び治療経過																																	
⑨ 現 診 症																																	
1 臨床所見 (離・切断を含む)		2 X線所見																															
 離・切断 知覚脱失 知覚鈍麻 知覚異常 (注) 瘢痕も記載してください。 手背面  左 右 手掌面  左 右																																	
3 四肢周径		5 神経学的所見																															
<table><tr><td></td><td>右</td><td>左</td></tr><tr><td>上腕中央部</td><td>cm</td><td>cm</td></tr><tr><td>前腕最大部</td><td>cm</td><td>cm</td></tr><tr><td>大腿中央部</td><td>cm</td><td>cm</td></tr><tr><td>下腿最大部</td><td>cm</td><td>cm</td></tr></table>			右	左	上腕中央部	cm	cm	前腕最大部	cm	cm	大腿中央部	cm	cm	下腿最大部	cm	cm	(1) 知覚障害 有・無 (あれば上図に記載してください。) (2) 運動麻痺の種類 (該当するものを○で囲んでください。) 弛緩性 痙直性 失調性 不随意運動性 強剛性 しんせん性 その他 () (3) 麻痺の起因部位 (該当箇所を○で囲んでください。) 脳 脊髄 末梢神経 筋肉 骨関節 (4) 諸反射検査 <table><tr><td></td><td>上肢腱反射</td><td>上肢病的反射</td><td>下肢腱反射</td><td>下肢病的反射</td></tr><tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (5) 膀胱・直腸障害 有・無 (あればその障害状態を具体的に記載してください。)			上肢腱反射	上肢病的反射	下肢腱反射	下肢病的反射	右					左				
	右	左																															
上腕中央部	cm	cm																															
前腕最大部	cm	cm																															
大腿中央部	cm	cm																															
下腿最大部	cm	cm																															
	上肢腱反射	上肢病的反射	下肢腱反射	下肢病的反射																													
右																																	
左																																	
4 下肢長																																	
<table><tr><td>右</td><td>cm</td><td>左</td><td>cm</td></tr><tr><td colspan="4">cm 短縮</td></tr></table>		右	cm	左	cm	cm 短縮																											
右	cm	左	cm																														
cm 短縮																																	

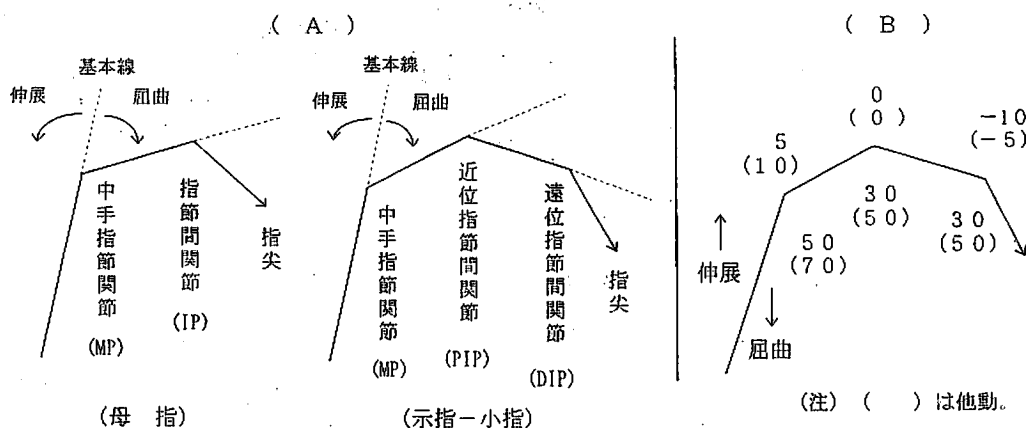
◎必ず裏面を参照して記載してください。

◎ 恩 給 診 断 書 記 載 上 の 注 意 事 項

- 1 障害の程度及び状態の認定に際しては、過去の診断書の内容にとらわれず、あくまでも現状を表示するように注意してください。また、無関係な欄には記載する必要はありません。
- 2 ⑨の1欄（臨床所見）について
 - (1) 瘢痕、変形、異常肢位、筋萎縮・肥大、脱力、腫脹、疼痛、関節拘縮又は強直、動揺性等の有無を、また、これらがある場合はその状態を記載してください。なお、必要に応じて触診所見をあわせて記載してください。
 - (2) 上肢又は下肢切断の場合には、断肢長（上肢については腋窩から、下肢については坐骨結節から断端までの長さ）、断端の状況（瘢痕、潰瘍、疼痛の有無）、義肢の実用性の有無を記載してください。
- 3 ⑨の4欄（下肢長）について
下肢長は、前上腸骨棘と内果下端間の長さを計測してください。
- 4 ⑨の6欄（体幹・四肢関節運動範囲）について
 - (1) 関節角度の測定は、日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会の定めた方法により行ってください。
 - (2) 関節運動範囲は、障害のある関節の運動値を記載してください。なお、この場合、健側の運動値も記載してください。
 - (3) 手指の運動について

ア 各手指関節名は、下図(A)を参照してください。

イ 各関節の伸展・屈曲運動測定値結果は、下図(B)の記載例によって自動値、他動値を記載してください。



- (4) 足指の運動は、障害のある足指関節名とその状態（完全強直、不全強直又は拘縮、その他）を記載してください。
- 5 ⑨の8欄（その他）について
 - (1) 必要に応じて行った諸検査（脊髄液検査、筋電図検査、その他）の成績を、また、愁訴があればその所見を記載してください。
 - (2) 肢体障害以外の合併症がある場合にもその病名、発病年月日、症状の概要を記載してください。
- 6 ⑩備考欄について
受診者本人の応答による検査結果と他覚的所見とが一致しないような場合は、その旨を記載してください。また、その他の参考事項があれば記載してください。
- 7 各欄に記載しきれないときは、補助紙を用いて記載してください。
- 8 障害の程度及び状態の認定上、参考となる資料（X線フィルム、普通写真、筋電図、その他）があれば添付してください。

6 体幹・四肢関節運動範囲（患側、健側共に記入してください。）

部 位	運 動 の 種 類	関 節 運 動 範 囲			
		右		左	
		自動	他動	自動	他動
肩関節	伸展(後挙)				
	屈曲(前挙)				
	外転(側挙)				
	内 転				
肘関節	伸 展				
	屈 曲				
前 腕	回 内				
	回 外				
手関節	背 屈				
	掌 屈				
股関節	伸 展				
	屈 曲				
	内 転				
	外 転				
	内 旋				
	外 旋				
膝関節	伸 展				
	屈 曲				
足関節	背 屈				
	底 屈				
	内がえし				
	外がえし				

部 位	運 動 の 種 類	運 動 範 囲	
		自 動	他 動
頸 部	前 屈		
	後 屈		
胸 腰 部	前 屈		
	後 屈		

手指関節運動範囲の記載は裏面を参照してください。（ ）は他動。

手 指 関 節 運 動 範 囲					
	母 指	示 指	中 指	環 指	小 指
右	伸展 ↑ () ↓ () 屈曲 ()	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()
	伸展 () () ↑ () ↓ () 屈曲 ()	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()
左	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()
	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()	() () () () () ()

足 指 関 節 運 動 範 囲	
右	
左	

7 補助用具使用状況（該当するものを○で囲んでください。）

使用状況	1 常時使用	2 ときどき使用	3 使用せず
用具の種類	1 義 手	2 義 足	3 体幹装具（装具の種類）
	5 歩行車（器）	6 車椅子	7 松葉杖
	9 その他（具体的に）		4 四肢補助具 8 補助杖

8 その他（諸検査、愁訴等）

⑩ 日常生活動作の障害程度（補助用具を使用しない状態で判定してください。）

記 号	ひとりでできる場合	ひとりでできてもうまくできない場合	ひとりでは全くできない場合
	○	△	×

- つまむ（新聞が引きぬけない程度）..... { 右 左 }
- にぎる（丸めた週刊誌が引きぬけない程度）... { 右 左 }
- タオルをしぼる（水をきれる程度）..... 両手
- 顔を洗う.....
- ひもをむすぶ..... 両手
- 箸で食事をする..... { 右 左 }
- さじで食事をする..... { 右 左 }
- 握 力..... { 右 左 } kg
- 用 便 { 小便(ズボンの前のファスナーに手をやる) 大便(排泄の後始末をする) }
- かぶりシャツを着る脱ぐ.....
- シャツのボタンの留めはずし.....

- ズボンの着脱（どのような姿勢でもよい）.....
- 靴下をはく（どのような姿勢でもよい）.....
- すわる { 支えなしで正座 横すわり あぐら 脚なげ出し }
- 椅 座..... { 可能 背もたれ 要 不要 不能 }
- 深くおじぎをする.....
- 立ち上る..... { 可能 支持 要 不要 不能 }
- 歩く（平地）..... { 可能 { 休まずに m 可能 その持続時間 分 } 不能 }
- 階段をのぼる..... { 可能 手すり 要 不要 不能 }
- 階段をおりる..... { 可能 手すり 要 不要 不能 }

⑪ 備 考

上記のとおり、診断します。

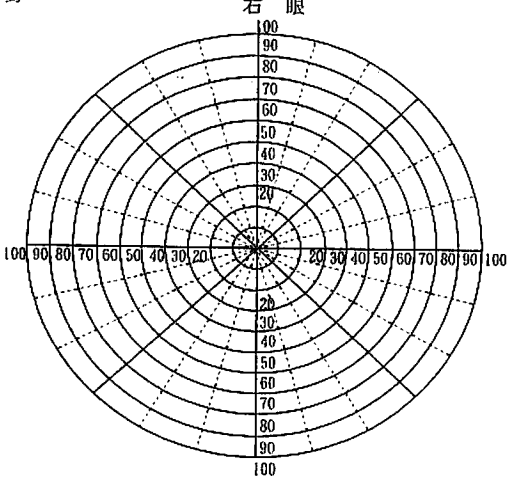
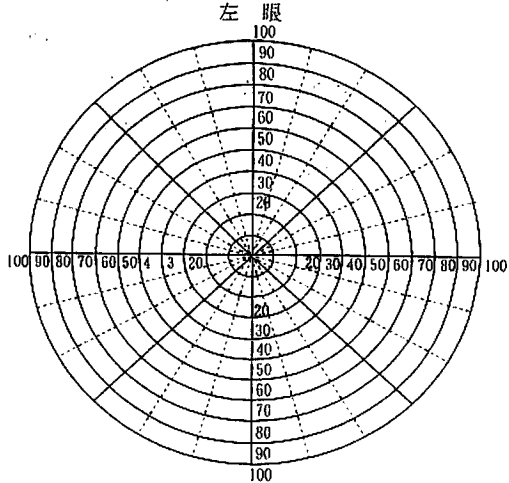
平成 年 月 日

病院又は診療所の名称
所 在 地
電 話 番 号

診療担当科名
医 師 氏 名

(印)

（肢体障害用2枚のうち2枚目）

恩 給 診 断 書 (視覚障害用)				
① 氏 名			② 生 年 月 日	昭和 年 月 日 (歳)
③ 現住所				
④ 傷 病 名				
⑤ 受傷(り病)年月日 及 び 場 所	昭和 年 月 日		⑥ 退 職 年 月 日	昭和 年 月 日
⑦ 既 往 症				
⑧ 受傷(り病)以来の 症状及び治療経過				
⑨	現 症			
1 一般状態				
2 眼所見		前 眼 部	中 間 透 光 体	眼 底
	右眼			
	左眼			
3 視 力		裸眼視力	矯正視力	矯正可能の場合は使用眼鏡の種類とその度数
	右眼			
	左眼			
4 視 野	右 眼  左 眼 			
5 眼球運動の異常……	有 無 (異常あれば、その眼筋麻痺の種類、程度について具体的に記載してください。)			
6 その他 (電気生理学的検査等)				
7 合併症				
⑩ 備 考				

◎必ず裏面を参照して記載してください。

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
電 話 番 号

診療担当科名
医 師 氏 名

◎ 恩 給 診 断 書 記 載 上 の 注 意 事 項

- 1 ⑨の1欄について
全身状態（姿勢、栄養、発育、運動、皮膚、毛髪、鼻梁、歯牙、頸部等の状態）、瘰癧状態（頭部、顔面等受傷瘰癧の有無、あれば視・触診上の所見）を記載してください。
- 2 ⑨の2欄には、両眼ともその所見を記載してください。
- 3 ⑨の3欄について
 - (1) 視力測定は、万国式試視力表により、その測定の際の照度は200ルクスとしてください。
 - (2) 絶対盲（明暗をも弁じない場合）は「視力0」、手動を弁じないが明暗を弁ずる場合は「光覚弁」と記載してください。
- 4 ⑨の4欄について
臨床上、視野測定が必要と認められる場合に記載してください。
- 5 ⑨の5欄について
眼球運動に異常がある場合は、複像表を添付してください。
- 6 ⑨の6欄について
必要に応じて行った諸検査（網膜電図、血圧、脳脊髄液、結核反応、梅毒反応、その他）の成績及び所見を記載してください。
- 7 ⑨の7欄について
眼疾患以外の合併症がある場合にその病名、発病年月日、症状の概要を記載してください。
- 8 ⑩欄について
受診者本人の応答による検査結果と他覚的所見とが一致しないような場合は、その旨を記載してください。
また、その他の参考事項があれば記載してください。
- 9 各欄に記載しきれないときは、補助紙を用いて記載してください。
- 10 顔面醜形、兎眼症等のある場合は、普通写真を添付するよう指導してください。また、眼底撮影を行った場合は、当該フィルム等を添付してください。

恩 給 診 断 書 (聴覚障害用)

◎必ず裏面を参照して記載してください。

①氏名 ②生年月日 年 月 日 (歳)

③現住所

④傷病名

⑤受傷(り病)年月日 昭和 年 月 日 ⑥退職年月日 昭和 年 月 日

⑦既往症

⑧受傷(り病)以来の症状及び治療経過

⑨ 現 症

1 耳鼻咽喉所見

2 聴力検査成績

(1) 純音聴力

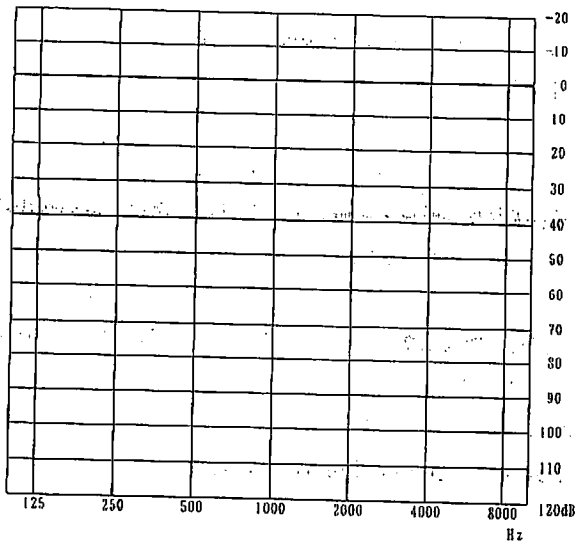
気導 (右 ○ - ○
左 × ... ×

骨導 (右 [[
左]]

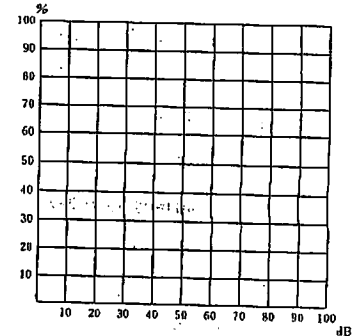
マスキング _____ dB

平均聴力
右 _____ dB

左 _____ dB



(2) 語音明瞭度曲線



右 語音域値 _____ dB
最良明瞭度 _____ %
左 語音域値 _____ dB
最良明瞭度 _____ %

単音語表使用 (使用した語表に○をつけてください。)
数字語表使用

(3) 話声語による聴力検査

右 耳

尋常話声を
大 声

cm
m 以上にては解し得ない

全 壟

左 耳

尋常話声を
大 声

cm
m 以上にては解し得ない

全 壟

3 中耳X線所見

右

左

4 その他(発音の異常、他覚的聴力検査等)

⑩ 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

電 話 番 号

診療担当科名

医 師 氏 名

⑩

◎ 恩 給 診 断 書 記 載 上 の 注 意 事 項

1 ⑨の2欄の(1)について

純音聴力検査は、JIS（1982）規格により行ってください。

2 ⑨の2欄の(3)について

話声による聴力検査の程度には、恩給法別表第1号表ノ3にしたがって次のような区分により記載し、不要の字句は抹消してください。

全 聲

大声を0.05m（5cm）以上にては解し得ない。

尋常話声を0.05m（5cm）以上にては解し得ない。

尋常話声を0.5m（50cm）以上にては解し得ない。

尋常話声を1m以上にては解し得ない。

尋常話声を1.5m以上にては解し得ない。

尋常話声を2m以上にては解し得ない。

3 ⑨の3欄について

(1) 中耳X線撮影が必要と認められる場合（中耳炎及び鼓膜損傷）に記載してください。

(2) 撮影したX線フィルムは、必ず添付してください。

4 ⑨の4欄について

聴覚障害にともなう愁訴（耳鳴、頭痛、耳痛、不眠等）、平衡機能（前庭機能を含む。）障害、音声言語機能障害等がある場合その障害の状況及び所見を記載してください。また、耳鼻疾患以外の合併症がある場合にその病名、発病年月日、症状の概要を記載してください。

5 ⑩欄について

受診者本人の応答による検査結果と他覚的所見とが一致しないような場合は、その旨を記載してください。また、その他の参考事項があれば記載してください。

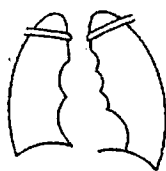
6 各欄に記載しきれないときは、補助紙を用いて記載してください。

7 耳介奇形・欠損及び鼻変形、外傷瘢痕等顔面醜形のある場合は、普通写真を添付するよう指導してください。

恩 給 診 断 書 (胸部疾患用)

(注)

(一) この診断書には、直接撮影によるX線フィルムを添付してください。
(二) ⑩の(イ)欄の病型は日本結核学会病型分類により記載してください。
(三) 各欄に記載しきれないときは、補助紙を用いて記載してください。

① 氏 名		② 生 年 月 日		年 月 日 (歳)			
③ 現住所							
④ 傷 病 名							
⑤ 受傷(り病)年月日 及 び 場 所		昭和 年 月 日		⑥ 退職年月日 昭和 年 月 日			
⑦ 既 往 症							
⑧ 受傷(り病)以来の 症状及び治療経過							
⑨ 喀痰中菌検査 の 推 移		塗抹 () 性 年 月 日 培養 () 性 年 月 日		塗抹 () 性 年 月 日 培養 () 性 年 月 日			
⑩ 現 症 所 見 (ア) 診 察 所 見 (イ) 胸部X線所見 (ウ) 胸部CT、MRI所見							
	 (所見及び病型) 平成 年 月 日撮影						
(エ) 症状の 概 要	a 栄養状態	良・中・不良					
	b 食 欲	良・中・不良					
	c 咳 嗽	多・少・無					
	d 喀 痰	多・少・無					
	e 動 悸	有・無					
	f 呼吸困難	有・無					
	g 嘔 声	有・無					
	h 咽 頭 痛	有・無					
	i 腹 痛	有・無					
	j 便 通	普通・便秘・下痢：1日平均 回					
(オ) 痰 績	塗抹	-	±	1+	2+	3+	
	培養	-	+	(コロニー 個)			
(カ) 赤沈値	1 時間値	mm		(キ) 酸素吸入	無・有	ℓ/分	
	2 時間値	mm					
(ク) 計 測							
身 長	cm	体 重	kg	血 圧	/ mmHg	体 温	度
肺活量実測値	cc	肺活量予測値	cc	%肺活量	%	1 秒 量	cc
動脈血ガス分析 (RA	ℓ/分吸入)		PaO ₂	Torr	PaCO ₂	Torr	pH
⑪ 予 後							
⑫ 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
電 話 番 号

診療担当科名
医 師 氏 名

㊞

恩 給 診 断 書 (精神疾患、外傷性てんかん用)			
① 氏 名			② 生 年 月 日 明大昭 年 月 日 (歳)
③ 現 住 所			
④ 傷 病 名			
⑤ 受傷(り病)年月日 及 び 場 所	昭和 年 月 日	⑥ 退 職 年 月 日	昭和 年 月 日
⑦ 既 往 症			
⑧ 発 病 時 の 症 状 及 び 経 過 並 び に 治 療 状 況			
⑨ 現 症 (平成 年 月 日)	(ア) 精 神 作 業 能 力 に 関 す る 事 項		
	(イ) 身 体 症 状 〔各種神経症状、 けいれん発作 を含む。〕		
	(ウ) 愁 訴 に 関 す る 事 項		
	(エ) 人 格 及 び 性 格 に 関 す る 事 項		
	(オ) 監 護、看 護、介 護 を 要 す る 精 神 神 経 諸 症 状 に 関 す る 事 項		
	(カ) そ の 他 精 神 神 経 障 害 に 関 す る 事 項		
⑩ 日 常 の 生 活 状 況	(ク) 自 用 は ど の 程 度 足 せ る か		
	(コ) 身 辺 処 理 は ど の 程 度 で き る か		
	(サ) 日 常 は ど の よ う な こ と を し て い る か		
	(シ) 稼 動 能 力 は ど の 程 度 あ る か		
⑪ 予 後			
⑫ 備 考			

◎必ず裏面を参照して記載してください。

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
電 話 番 号

診療担当科名
医 師 氏 名

印

◎ 恩 給 診 断 書 記 載 上 の 注 意 事 項

- 1 ⑨の(ア)欄には記憶、記銘、思考、読み書き、計算等精神作業能力について記載してください。

(イ)欄にはてんかん発作、けいれん発作、失神発作、異常感覚発作等発作の状態、程度、回数

(過、月、年)、持続時間等について詳記してください。

(ウ)欄には頭痛、頭重、耳鳴り等愁訴のすべてをありのままに記載してください。

(エ)欄には自傷、暴行、徘徊、反抗等について記載してください。

- 2 ⑩には諸障害による生活行動能力の具体的程度を記載してください。例えば

(ア)欄には摂食、用便、着衣、入浴、洗面、就床等最小自用が足せるかどうかについて具体的に記載してください。

(イ)欄には日常使用する身の回り品の整理、金銭の出納、手紙の読み書き、家内雑談等がどの程度できるかどうかについて記載してください。

(ウ)欄には新聞、テレビ、ラジオ、談話、娯楽、運動又は散歩等に関する生活の状況を具体的に記載してください。

(エ)欄には家事手伝い、対人交渉、就業、就職等稼働能力、社会的活動能力の程度について具体的に記載してください。

- 3 各欄に記載しきれないときは、補助紙を用いて記載してください。