



福島県医発第2801号(地)

平成30年 2月 7日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会  
会長 松 田 峻一良  
(公 印 省 略)

「「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表3における  
障害の認定について」の一部改正について」等の周知依頼について

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当に係る障害の  
程度の認定につきましては、それぞれ、「特別児童扶養手当等の支給に関する法  
律施行令別表第3における障害の認定について」(昭和50年9月5日児発第5  
76号厚生省児童家庭局長通知)及び「障害児福祉手当及び特別障害者手当の  
障害程度認定基準について」(昭和60年12月28日社更第162号厚生省社  
会局長通知)により実施されているところであります。

今般、血液・造血器疾患等について近年の医学的知見等を踏まえ、障害程度  
認定基準及び認定診断書等について同通知の一部を改正し、平成30年4月1  
日から適用する旨、別添のとおり厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部より、  
各都道府県知事等宛に通知が出され、本会に対しても日本医師会を通じて周知  
方協力依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会会  
員への周知方よろしくお願いいたします。

---

小郡三井医師会より

障害福祉担当理事 古川哲也  
会長 白石恒明

(地Ⅲ207)

平成30年1月19日

都道府県医師会  
担当理事 殿

日本医師会常任理事  
松本 純一

「「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表3における障害の認定について」の一部改正について」等の周知依頼について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当に係る障害の程度の認定につきましては、それぞれ、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について」（昭和50年9月5日児発第576号厚生省児童家庭局長通知）及び「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」（昭和60年12月28日社更第162号厚生省社会局長通知）により実施されているところであります。

今般、血液・造血器疾患等について近年の医学的知見等を踏まえ、障害程度認定基準及び認定診断書等について同通知の一部を改正し、平成30年4月1日から適用する旨、別添のとおり厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長より、各都道府県知事等宛に通知が出され、本会に対しても周知方協力依頼がありました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会管下郡市区医師会、及び関係医療機関への周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

事 務 連 絡

平成29年12月28日

公益社団法人 日本医師会 殿

厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部企画課手当係

「「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について」の一部改正について」等の周知依頼について

平素より障害福祉行政の推進に御理解いただき厚く御礼申し上げます。

さて、特別児童扶養手当、障害児福祉手当及び特別障害者手当に係る障害の程度の認定につきましては、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について」(昭和50年9月5日児発第576号厚生省児童家庭局長通知)及び「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」(昭和60年12月28日社更第162号厚生省社会局長通知)により実施されております。

今般、血液・造血器疾患等について近年の医学的知見等を踏まえ、通知の一部を改正することといたしました。

つきましては、当該改正内容についての資料を別添のとおり送付させていただきま  
すので、認定診断書を作成していただく貴会会員の皆様に対しまして、ホームページ  
や広報誌への掲載等により広く周知していただきますよう御協力お願い申し上げます。

【本件照会先】

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部  
企画課手当係

電話 03-5253-1111(3020)

障 発 1 2 2 1 第 1 号  
平成 2 9 年 1 2 月 2 1 日

各 都道府県知事 殿  
指定都市市長

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部長  
( 公 印 省 略 )

「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第 3 における障害  
の認定について」の一部改正について

特別児童扶養手当の障害程度の認定については、「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第 3 における障害の認定について」（昭和 5 0 年 9 月 5 日児発第 5 7 6 号厚生省児童家庭局長通知。以下「本通知」という。）により実施されているところであるが、今般、血液・造血器疾患等について近年の医学的知見等を踏まえ、別紙のとおり本通知の一部を改正し、平成 3 0 年 4 月 1 日から適用することとしたので、通知する。

ついては、貴管内の市町村（指定都市を除く。）及び関係機関に対して周知をお願いする。

なお、平成 3 0 年 4 月 1 日以降においては、本通知により改正された特別児童扶養手当認定診断書に基づき障害程度の認定を行う必要があるので、その取扱いに遺漏なきようお願いする。

# 「特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について」 新旧対照表（案）

（傍線部分は改正部分）

| 改 正 後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 改 正 前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>○特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について</p> <p>昭和50年9月5日 児発第576号<br/>各都道府県知事宛 厚生省児童家庭局長通知</p> <p>第一次改正 昭和57年児発第824号<br/>第二次改正 平成11年障発第216号<br/>第三次改正 平成13年7月31日雇児第502号障発第325号<br/>第四次改正 平成14年3月28日障発第0328009号<br/>第五次改正 平成15年8月27日障発第0827009号<br/>第六次改正 平成22年11月22日障発1122第2号<br/>第七次改正 平成23年8月9日障発0809第2号<br/>第八次改正 平成24年8月9日障発0809第3号<br/>第九次改正 平成25年5月10日障発0510第2号<br/>第十次改正 平成26年5月20日障発0520第2号<br/>第十一次改正 平成27年4月1日障発0401第9号<br/>第十二次改正 平成27年6月19日障発0619第4号<br/>第十三次改正 平成28年4月14日障発0414第1号<br/>第十四次改正 平成29年12月21日障発1221第1号</p> <p>今般、特別児童扶養手当等の支給に関する法律等の一部を改正する法律が公布され、昭和50年10月1日から障害の程度が特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年7月2日法律第134号。以下「法」という。）別表第1に定める二級に該当する障害児を新たに特別児童扶養手当の支給対象障害児としたことに伴い、標記の認定要領等を別紙のとおり改正し、昭和50年10月1日から適用することとしたので、この取扱いについて遺憾のないようにされたい。</p> <p>なお、「重度精神薄弱児扶養手当支給事務に係る児童相談所における判定について」（昭和39年9月8日児発第793号各指定都市の市長あて本職通知）は、昭和50年9月30日限りで廃止する。</p> <p>。おって、管内市町村に対し、周知方お願いする。</p> <p>別紙（略）</p> | <p>○特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について</p> <p>昭和50年9月5日 児発第576号<br/>各都道府県知事宛 厚生省児童家庭局長通知</p> <p>第一次改正 昭和57年児発第824号<br/>第二次改正 平成11年障発第216号<br/>第三次改正 平成13年7月31日雇児第502号障発第325号<br/>第四次改正 平成14年3月28日障発第0328009号<br/>第五次改正 平成15年8月27日障発第0827009号<br/>第六次改正 平成22年11月22日障発1122第2号<br/>第七次改正 平成23年8月9日障発0809第2号<br/>第八次改正 平成24年8月9日障発0809第3号<br/>第九次改正 平成25年5月10日障発0510第2号<br/>第十次改正 平成26年5月20日障発0520第2号<br/>第十一次改正 平成27年4月1日障発0401第9号<br/>第十二次改正 平成27年6月19日障発0619第4号<br/>第十三次改正 平成28年4月14日障発0414第1号</p> <p>今般、特別児童扶養手当等の支給に関する法律等の一部を改正する法律が公布され、昭和50年10月1日から障害の程度が特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年7月2日法律第134号。以下「法」という。）別表第1に定める二級に該当する障害児を新たに特別児童扶養手当の支給対象障害児としたことに伴い、標記の認定要領等を別紙のとおり改正し、昭和50年10月1日から適用することとしたので、この取扱いについて遺憾のないようにされたい。</p> <p>なお、「重度精神薄弱児扶養手当支給事務に係る児童相談所における判定について」（昭和39年9月8日児発第793号各指定都市の市長あて本職通知）は、昭和50年9月30日限りで廃止する。</p> <p>。おって、管内市町村に対し、周知方お願いする。</p> <p>別紙（略）</p> |

別添 1

特別児童扶養手当 障害程度認定基準

第1節／眼の障害～第12節／肝疾患（略）

第13節／血液・造血器疾患

血液・造血器疾患による障害の程度は、次により認定する。

1 認定基準 （略）

2 認定要領

(1) 血液・造血器疾患は、臨床像から血液・造血器疾患を次のように大別する。

ア 赤血球系・造血不全疾患（再生不良性貧血、溶血性貧血等）

イ 血栓・止血疾患（血小板減少性紫斑病、凝固因子欠乏症等）

ウ 白血球系・造血器腫瘍疾患（白血病、悪性リンパ腫、組織球症等）

(2) 血液・造血器疾患の主要症状としては、顔面蒼白、易疲労感、動悸、息切れ、発熱、頭痛、めまい、知覚異常、紫斑、月経過多、骨痛、関節痛等の自覚症状、黄疸、心雑音、舌の異常、易感染性、出血傾向、血栓傾向、リンパ節腫脹、肝腫、脾腫、成長・発達の障害等の他覚所見がある。

(3) 検査としては、血球算定検査、血液生化学検査、免疫学的検査、鉄代謝検査、骨髓穿刺、リンパ節生検、骨髓生検、凝固系検査、染色体検査、遺伝子検査、細胞表面抗原検査、画像検査（CT検査・超音波検査、MRI検査など）等がある。

別添 1

特別児童扶養手当 障害程度認定基準

第1節／眼の障害～第12節／肝疾患（略）

第13節／血液・造血器疾患

血液・造血器疾患による障害の程度は、次により認定する。

1 認定基準 （略）

2 認定要領

(1) 血液・造血器疾患は、医学研究の進歩によって、診断、治療法が特に著しく変化しつつある。

したがって、血液・造血器疾患の分類は、研究者の見解によって多少異なる分類法がなされている。

(2) 血液・造血器疾患の主要症状としては、顔面蒼白、易疲労感、動悸、息切れ、頭痛、めまい、知覚異常、出血傾向、骨痛、関節痛等の自覚症状、発熱、黄疸、心雑音、舌の異常、感染、出血斑、リンパ節腫大、血栓、発育障害等の他覚所見がある。

(3) 検査成績としては、血液一般検査、血液生化学検査、免疫学的検査、鉄代謝検査、骨髓穿刺、血液ガス分析、超音波検査、リンパ節生検、骨髓生検、凝固系検査、染色体分析、遺伝子分析、骨シンチグラム等がある。

(4) 血液一般検査での検査項目及び異常値の一部を示すと次のとおりである。

| 検査項目          |          | 単位   | 異常値         |          |
|---------------|----------|------|-------------|----------|
|               |          |      | 中等度         | 高度       |
|               |          |      | 以上～未満       | 二        |
| 末梢血液          | ヘモグロビン濃度 | g/dℓ | 7～9         | 7未満      |
|               | 赤血球数     | 万/μℓ | 200～300     | 200未満    |
|               | 白血球数     | 個/μℓ | 1,000～2,000 | 1,000未満  |
|               | 顆粒球数     | 個/μℓ | 500～1,000   | 500未満    |
|               | リンパ球数    | 個/μℓ | 300～600     | 300未満    |
| 骨髄            | 血小板数     | 万/μℓ | 2～5         | 2未満      |
|               | 有核細胞     | 万/μℓ | 2～5         | 2未満      |
|               | 巨核球数     | /μℓ  | 15～30       | 15未満     |
|               | リンパ球     | %    | 40～60       | 60以上     |
| 出血時間(Duke法)   |          | 分    | 8～10        | 10以上     |
| A P T T (基準値) |          | 秒    | 基準値の2倍～3倍   | 基準値の3倍以上 |

(5) 個別の各疾患に用いる検査法は、それぞれ異なっており、さらに、前記(4)に示した検査項目の他にも免疫学的検査を中心にした様々な特殊検査があり、診断、治療法は日々進歩している。

さらに、血液・造血器疾患の病態は、各疾患による差異に加え、個人差も大きく現れ、病態も様々である。

したがって、検査成績のみをもって障害の程度を認定することなく、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総

| <p>(4) 血液・造血器疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。</p> <p>一般状態区分表 (略)</p> <p>(5) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。</p> <table border="1"> <tr> <th>障害の程度</th><th>障 害 の 状 態</th></tr> <tr> <td>1 級</td><td>A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの</td></tr> <tr> <td>2 級</td><td>A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの</td></tr> </table> <p>ア 赤血球系・造血不全疾患（再生不良性貧血、溶血性貧血等）</p> <p>A表</p> <table border="1"> <tr> <th>区分</th><th>臨 床 所 見</th></tr> <tr> <td>I</td><td>1 高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br/>2 輸血をひんぱんに必要とするもの</td></tr> <tr> <td>II</td><td>1 中度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br/>2 輸血を時々必要とするもの</td></tr> </table> <p>B表</p> <table border="1"> <tr> <th>区分</th><th>検 査 所 見</th></tr> <tr> <td>I</td><td>1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの<br/>(2) 網赤血球数が2万/μL未満のもの<br/>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) 白血球数が1,000/μL未満のもの<br/>(2) 好中球数が500/μL未満のもの<br/>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの</td></tr> <tr> <td>II</td><td>1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの<br/>(2) 網赤血球数が2万/μL以上6万/μL未満のもの<br/>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) 白血球数が1,000/μL以上3,000/μL未満のもの<br/>(2) 好中球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの<br/>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの</td></tr> </table> | 障害の程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 障 害 の 状 態 | 1 級 | A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの | 2 級 | A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの | 区分 | 臨 床 所 見 | I | 1 高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血をひんぱんに必要とするもの | II | 1 中度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血を時々必要とするもの | 区分 | 検 査 所 見 | I | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの<br>(2) 網赤血球数が2万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 白血球数が1,000/μL未満のもの<br>(2) 好中球数が500/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの | II | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの<br>(2) 網赤血球数が2万/μL以上6万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 白血球数が1,000/μL以上3,000/μL未満のもの<br>(2) 好中球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの | <p>法的に認定する。</p> <p>(6) 血液・造血器疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。</p> <p>一般状態区分表 (略)</p> <p>(7) 血液・造血器疾患のうちで、再生不良性貧血での各等級に相当すると認められるものを例示すると次のとおりである。</p> <table border="1"> <tr> <th>障害の程度</th><th>障 害 の 状 態</th></tr> <tr> <td>1 級</td><td>前記（4）の検査成績において顆粒球数及び血小板数に高度異常が認められ、なお高度の貧血、易感染性を示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの</td></tr> <tr> <td>2 級</td><td>前記（4）の検査成績において顆粒球数及び血小板数に中等度異常が認められ、なお中等度の貧血、易感染性を示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの</td></tr> </table> <p>各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。</p> <p>ア 難治性貧血群（再生不良性貧血、溶血性貧血等）</p> <table border="1"> <tr> <th>障害の程度</th><th>障 害 の 状 態</th></tr> <tr> <td>1 級</td><td>A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表Ⅰ欄に掲げる1から4までのうち、3つ以上に該当するもの（ただし、溶血性貧血の場合は、A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表Ⅰ欄の1に該当するもの）で、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの</td></tr> <tr> <td>2 級</td><td>A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、B表Ⅱ欄に掲げる1から4までのうち、3つ以上に該当するもの（ただし、溶血性貧血の場合は、A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表Ⅱ欄の1に該当するもの）で、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの</td></tr> </table> <p>A表</p> <table border="1"> <tr> <th>区分</th><th>臨 床 所 見</th></tr> <tr> <td>I</td><td>1 治療により貧血改善はやや認められるが、なお高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br/>2 輸血をひんぱんに必要とするもの</td></tr> <tr> <td>II</td><td>1 治療により貧血改善はやや認められるが、なお中等度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br/>2 輸血を時々必要とするもの</td></tr> </table> <p>B表</p> <table border="1"> <tr> <th>区分</th><th>検 査 所 見</th></tr> <tr> <td>I</td><td>1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの<br/>(2) 赤血球数が200万/μL未満のもの<br/>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) 白血球数が1,000/μL未満のもの<br/>(2) 顆粒球数が500/μL未満のもの<br/>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの<br/>4 骨髓像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) 有核細胞が2万/μL未満のもの<br/>(2) 巨核球数が15/μL未満のもの<br/>(3) リンパ球が60%以上のもの<br/>(4) 赤芽球が5%未満のもの</td></tr> <tr> <td>II</td><td>1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの<br/>(2) 赤血球数が200万/μL以上300万/μL未満のもの<br/>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) 白血球数が1,500/μL以上3,000/μL未満のもの<br/>(2) 顆粒球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの<br/>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの<br/>4 骨髓像で、次のいずれかに該当するもの<br/>(1) 有核細胞が2万/μL以上5万/μL未満のもの<br/>(2) 巨核球数が15/μL以上30/μL未満のもの<br/>(3) リンパ球が40%以上60%未満のもの<br/>(4) 赤芽球が5%以上10%未満のもの</td></tr> </table> | 障害の程度 | 障 害 の 状 態 | 1 級 | 前記（4）の検査成績において顆粒球数及び血小板数に高度異常が認められ、なお高度の貧血、易感染性を示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの | 2 級 | 前記（4）の検査成績において顆粒球数及び血小板数に中等度異常が認められ、なお中等度の貧血、易感染性を示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの | 障害の程度 | 障 害 の 状 態 | 1 級 | A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表Ⅰ欄に掲げる1から4までのうち、3つ以上に該当するもの（ただし、溶血性貧血の場合は、A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表Ⅰ欄の1に該当するもの）で、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの | 2 級 | A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、B表Ⅱ欄に掲げる1から4までのうち、3つ以上に該当するもの（ただし、溶血性貧血の場合は、A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表Ⅱ欄の1に該当するもの）で、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの | 区分 | 臨 床 所 見 | I | 1 治療により貧血改善はやや認められるが、なお高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血をひんぱんに必要とするもの | II | 1 治療により貧血改善はやや認められるが、なお中等度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血を時々必要とするもの | 区分 | 検 査 所 見 | I | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの<br>(2) 赤血球数が200万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 白血球数が1,000/μL未満のもの<br>(2) 顆粒球数が500/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの<br>4 骨髓像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 有核細胞が2万/μL未満のもの<br>(2) 巨核球数が15/μL未満のもの<br>(3) リンパ球が60%以上のもの<br>(4) 赤芽球が5%未満のもの | II | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの<br>(2) 赤血球数が200万/μL以上300万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 白血球数が1,500/μL以上3,000/μL未満のもの<br>(2) 顆粒球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの<br>4 骨髓像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 有核細胞が2万/μL以上5万/μL未満のもの<br>(2) 巨核球数が15/μL以上30/μL未満のもの<br>(3) リンパ球が40%以上60%未満のもの<br>(4) 赤芽球が5%以上10%未満のもの |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|----------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------|----|---------|---|---------------------------------------------|----|------------------------------------------|----|---------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-----|---------------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------|---|------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------|----|---------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 障害の程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 障 害 の 状 態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 臨 床 所 見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血をひんぱんに必要とするもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 中度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血を時々必要とするもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 検 査 所 見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの<br>(2) 網赤血球数が2万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 白血球数が1,000/μL未満のもの<br>(2) 好中球数が500/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの                                                                                                                                                                                     |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの<br>(2) 網赤血球数が2万/μL以上6万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 白血球数が1,000/μL以上3,000/μL未満のもの<br>(2) 好中球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの                                                                                                                                          |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 障害の程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 障 害 の 状 態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 前記（4）の検査成績において顆粒球数及び血小板数に高度異常が認められ、なお高度の貧血、易感染性を示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 前記（4）の検査成績において顆粒球数及び血小板数に中等度異常が認められ、なお中等度の貧血、易感染性を示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 障害の程度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 障 害 の 状 態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 1 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表Ⅰ欄に掲げる1から4までのうち、3つ以上に該当するもの（ただし、溶血性貧血の場合は、A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表Ⅰ欄の1に該当するもの）で、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの                                                                                                                                                                                                                                          |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 2 級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、B表Ⅱ欄に掲げる1から4までのうち、3つ以上に該当するもの（ただし、溶血性貧血の場合は、A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつB表Ⅱ欄の1に該当するもの）で、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの                                                                                                                                                                                                                                      |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 臨 床 所 見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 治療により貧血改善はやや認められるが、なお高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血をひんぱんに必要とするもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 治療により貧血改善はやや認められるが、なお中等度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血を時々必要とするもの                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 区分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 検 査 所 見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| I                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの<br>(2) 赤血球数が200万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 白血球数が1,000/μL未満のもの<br>(2) 顆粒球数が500/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの<br>4 骨髓像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 有核細胞が2万/μL未満のもの<br>(2) 巨核球数が15/μL未満のもの<br>(3) リンパ球が60%以上のもの<br>(4) 赤芽球が5%未満のもの                                                                      |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| II                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) ヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの<br>(2) 赤血球数が200万/μL以上300万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 白血球数が1,500/μL以上3,000/μL未満のもの<br>(2) 顆粒球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの<br>4 骨髓像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1) 有核細胞が2万/μL以上5万/μL未満のもの<br>(2) 巨核球数が15/μL以上30/μL未満のもの<br>(3) リンパ球が40%以上60%未満のもの<br>(4) 赤芽球が5%以上10%未満のもの |           |     |                                                                            |     |                                                                               |    |         |   |                                             |    |                                          |    |         |   |                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |           |     |                                                                           |     |                                                                                |       |           |     |                                                                                                                                         |     |                                                                                                                                             |    |         |   |                                                                  |    |                                                                |    |         |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

イ 血栓・止血疾患（血小板減少性紫斑病、凝固因子欠乏症等）

A表

| 区分 | 臨床所見                      |
|----|---------------------------|
| Ⅰ  | 1 高度の出血傾向、血栓傾向又は関節症状のあるもの |
|    | 2 補充療法をひんぱんに行っているもの       |
| Ⅱ  | 1 中度の出血傾向、血栓傾向又は関節症状のあるもの |
|    | 2 補充療法を時々行っているもの          |

（注）補充療法は、凝固因子製剤（代替医薬品やインヒビター治療薬の投与を含む。）の輸注、血小板の輸血、新鮮凍結血漿の投与などを対象にする。

B表

| 区分 | 検査所見                                 |
|----|--------------------------------------|
| Ⅰ  | 1 APTT又はPTが基準値の3倍以上のもの               |
|    | 2 血小板数が2万/ $\mu$ L未満のもの              |
|    | 3 凝固因子活性が1%未満のもの                     |
| Ⅱ  | 1 APTT又はPTが基準値の2倍以上3倍未満のもの           |
|    | 2 血小板数が2万/ $\mu$ L以上5万/ $\mu$ L未満のもの |
|    | 3 凝固因子活性が1%以上5%未満のもの                 |

（注1）凝固因子活性は、凝固第〔Ⅱ・Ⅴ・Ⅶ・Ⅷ・Ⅸ・Ⅹ・ⅩⅠ・ⅩⅢ〕因子とフォンヴィレブランド因子のうち、最も数値の低い一因子を対象にする。

（注2）血栓疾患、凝固因子欠乏症でインヒビターが出現している状態及び凝固第Ⅰ因子（フィブリノゲン）が欠乏している状態の場合は、B表（検査所見）によらず、A表（臨床所見）、治療及び病状の経過、具体的な日常生活状況等を十分考慮し、総合的に認定する。

ウ 白血球系・造血器腫瘍疾患（白血病、悪性リンパ腫、組織球症等）

イ 出血傾向群（血小板減少性紫斑病、凝固因子欠乏症等）

| 障害の程度 | 障害の状態                                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの    |
| 2 級   | A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの |

A表

| 区分 | 臨床所見                   |
|----|------------------------|
| Ⅰ  | 1 高度の出血傾向又は関節症状のあるもの   |
|    | 2 凝固因子製剤をひんぱんに輸注しているもの |
| Ⅱ  | 1 中等度の出血傾向又は関節症状のあるもの  |
|    | 2 凝固因子製剤を時々輸注しているもの    |

B表

| 区分 | 検査所見                                 |
|----|--------------------------------------|
| Ⅰ  | 1 出血時間（デューク法）が10分以上のもの               |
|    | 2 APTTが基準値の3倍以上のもの                   |
|    | 3 血小板数が2万/ $\mu$ L未満のもの              |
| Ⅱ  | 1 出血時間（デューク法）が5分以上10分未満のもの           |
|    | 2 APTTが基準値の2倍以上3倍未満のもの               |
|    | 3 血小板数が2万/ $\mu$ L以上5万/ $\mu$ L未満のもの |

ウ 造血器腫瘍群（白血病、悪性リンパ腫）

| 障害の程度 | 障害の状態                                                                         |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの    |
| 2 級   | A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの |

A 表

| 区分 | 臨 床 所 見                                                                               |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| I  | 1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等の著しいもの<br>2 輸血をひんぱんに必要とするもの<br>3 治療に反応せず進行するもの |
| II | 1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等のあるもの<br>2 輸血を時々必要とするもの<br>3 継続的な治療が必要なもの      |

(注1) A表に掲げる治療とは、疾病に対する治療であり、輸血などの主要な症状を軽減するための治療（対症療法）は含まない。

(注2) A表に掲げる治療に伴う副作用による障害がある場合は、その程度に応じて、A表の区分を判断すること。

B 表

| 区分 | 検 査 所 見                                                                                                                                                 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I  | 1 末梢血液中のヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの<br>2 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の正常好中球数が500/μL未満のもの<br>4 末梢血液中の正常リンパ球数が300/μL未満のもの                                   |
| II | 1 末梢血液中のヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの<br>2 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の正常好中球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの<br>4 末梢血液中の正常リンパ球数が300/μL以上600/μL未満のもの |

(6) 検査成績は、その性質上変動しやすいものであるので、血液・造血器疾患による障害の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

特に、輸血や補充療法により検査数値が一時的に改善する場合は、治療前の検査成績に基づいて行うものとする。

(7) 血液・造血器疾患の病態は、各疾患による差異に加え、個人差も大きく現れ、病態によって生じる臨床所見、検査所見も、また様々なので、認定に当たっては前記(5)のA表及びB表によるほか、他の一般検査、特殊検査及び画像診断等の検査成績、病理組織及び細胞所見、合併症の有無とその程度、治療及び病状の経過等を参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

(8) 造血幹細胞移植の取扱い

ア 造血幹細胞移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、移植片対宿主病（GVHD）の有無及びその程度、治療経過、検査成績及び予後等を十分に考慮して総合的に認定する。

イ 慢性GVHDについては、日本造血細胞移植学会（ガイ

A 表

| 区分 | 臨 床 所 見                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| I  | 1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等の著しいもの<br>2 輸血をひんぱんに必要とするもの<br>3 急性転化の症状を示すもの       |
| II | 1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等のあるもの<br>2 輸血を時々必要とするもの<br>3 容易に治療に反応せず、増悪をきたしやすいもの |

B 表

| 区分 | 検 査 所 見                                                                                                                                                                |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I  | 1 病的細胞が出現しているもの<br>2 末梢血液中の赤血球数が200万/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの<br>4 末梢血液中の正常顆粒球数が500/μL未満のもの<br>5 末梢血液中の正常リンパ球数が300/μL未満のもの                                   |
| II | 1 白血球数が正常化し難いもの<br>2 末梢血液中の赤血球数が200万/μL以上300万/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの<br>4 末梢血液中の正常顆粒球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの<br>5 末梢血液中の正常リンパ球数が300/μL以上600/μL未満のもの |

(8) 検査成績は、その性質上変動しやすいものであるので、血液・造血器疾患による障害の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

(9) 急性転化では、その発症の頻度、寛解に至るまでの経過を参考にして認定する。

(10) 血液・造血器疾患は、一般検査、特殊検査の検査成績等を参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

ドライン委員会)において作成された「造血細胞移植ガイドライン」における慢性GVHDの臓器別スコア及び重症度分類を参考にして、認定時の具体的な日常生活状況を把握し、併合(加重)認定の取扱いを行わず、諸症状を総合的に認定する。

ウ 特別児童扶養手当の支給対象となっている障害児が造血幹細胞移植を受けた場合は、移植片が生着し、安定的に機能するまでの間を考慮して術後1年間は従前の等級とする。

＜参考＞「造血細胞移植ガイドライン」より抜粋

表6 慢性GVHD の臓器別スコア

|       | スコア0                                                               | スコア1                                              | スコア2                                            | スコア3                                         |
|-------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 皮膚    | 無症状                                                                | < 18% BSA, 硬化病変なし                                 | 19 ~ 50% BSA あるいは浅在性硬化病変(つまみあげられる)              | > 50% BSA あるいは深在性硬化病変(つまみあげられない)             |
| 口腔    | 無症状                                                                | 軽症, 経口摂取に影響なし                                     | 中等症, 経口摂取が軽度障害される                               | 高度障害, 経口摂取が高度に障害される                          |
| 眼     | 無症状                                                                | 軽度dry eye。日常生活に支障なし(点眼1日3回まで), 無症状の角結膜炎           | 中等度dry eye。日常生活に軽度支障あり(点眼1日4回以上), 視力障害なし        | 高度dry eye。日常生活に高度支障あり, 眼症状のため労働不可, 視力障害      |
| 消化管   | 無症状                                                                | 嚥下困難, 食欲低下, 嘔気, 嘔吐, 腹痛, 下痢, 5%以上の体重減少を伴わない。       | 5~ 15%の体重減少を伴う消化器症状                             | 15%以上の体重減少を伴う消化器症状あるいは食道拡張                   |
| 肝     | 無症状                                                                | Bil, ALP, AST, ALTの正常上限の2倍以内の上昇                   | Bil > 3mg/dL あるいはBil, 他の酵素の正常上限の2~5倍の上昇         | Bil, 他の酵素の正常上限の5倍以上の上昇                       |
| 肺     | 無症状<br>FEV1 <sup>*1</sup> > 80% or LFS <sup>*</sup> <sub>2=2</sub> | 階段昇降時息切れFEV <sub>1</sub> : 60 ~ 79% or LFS: 3 ~ 5 | 歩行時息切れFEV <sub>1</sub> : 40 ~ 59% or LFS: 6 ~ 9 | 安静時息切れFEV <sub>1</sub> < 39% or LFS: 10 ~ 12 |
| 関節・筋膜 | 無症状                                                                | 日常生活に影響しない軽度の拘縮, 可動制限                             | 日常生活に支障のある拘縮, 可動制限, 筋膜炎による紅斑                    | 日常生活に高度支障をきたす拘縮, 可動制限(靴紐結び, ボタンがけ, 着衣など不能)   |
| 性器    | 無症状                                                                | 内診で軽度異常あるが軽度不快程度で性交痛なし                            | 内診で中等度異常あり, 不快あり                                | 内診で高度異常あり, 内診不応, 性交痛あり                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <p><u>*<sup>1</sup> FEV<sub>1</sub>:% predicted, *<sup>2</sup> LFS:Lung Function Score;FEV score + DLCO score.</u></p> <p><u>FEV score, DLCO score はともに&gt; 80%=1, 70 ~ 79%=2, 60 ~ 69%=3, 50 ~ 59%=4,</u></p> <p><u>40 ~ 49%=5, 30 ~ 39%=6</u></p> <p><u>慢性GVHD の重症度は、各臓器別にスコアリングを行い、決定する。</u></p> <p><u>慢性GVHD（移植片対宿主病）の全般的重症度（NIH）</u></p> <p>● <u>軽症</u></p> <p><u>1 か所あるいは2 か所の臓器障害で各臓器スコアが1 を超えない、かつ肺病変を認めない。</u></p> <p>● <u>中等症</u></p> <p>① <u>3 か所以上の臓器障害を認めるが、各臓器スコアは1 を超えない。</u></p> <p>② <u>肺以外の1 臓器以上でスコア2 の障害を認める。</u></p> <p>③ <u>スコア1 の肺病変</u></p> <p><u>のいずれか</u></p> <p>● <u>重症</u></p> <p>① <u>少なくとも1 つの臓器でスコア3 の臓器障害を認める。</u></p> <p>② <u>スコア2 あるいは3 の肺病変</u></p> <p><u>のいずれか</u></p> <p><u>付記</u></p> <p><u>皮膚：スコア2 以上の皮膚病変を認める場合に全般的重症度に換算される。</u></p> <p><u>肺：FEV1 を全般的重症度の換算に用いる。</u></p> <p><u>はっきりとしたGVHD以外の原因による臓器障害がある場合には、その臓器は換算しない。</u></p> <p><u>GVHDを含む複数の原因による臓器障害である場合は、そのまま換算する。</u></p> <p>第14節／代謝疾患～第17節／重複障害（略）</p> <p>別添2</p> <p>特別児童扶養手当認定診断書（略）</p> | <p>第14節／代謝疾患～第17節／重複障害（略）</p> <p>別添2</p> <p>特別児童扶養手当認定診断書（略）</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|

特別児童扶養手当認定診断書 様式第8号 新旧対照表（案）

新

様式第8号

(表 面)

特 別 児 童 扶 養 手 当 認 定 診 断 書

(血液・造血器、その他の障害用)

|                                                                  |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|---------|-----|
| (ふりがな)氏名                                                         | 昭和<br>平成                                    |                                                                         | 年                | 月   | 日生( 歳 ) | 男・女 |
| 住 所                                                              | 住所地の郵便番号<br>( ー )                           | 都 市 区 村                                                                 |                  |     |         |     |
| ① 障害の原因となった傷病名                                                   | ② 傷病の発生日<br>昭和 年 月 日<br>平成 年 月 日            |                                                                         | 診療録で確認<br>本人の申立て |     |         |     |
| ④ 傷病の原因又は誘因                                                      | ③ ①のため初めて医師の診断を受けた日<br>昭和 年 月 日<br>平成 年 月 日 |                                                                         | 診療録で確認<br>本人の申立て |     |         |     |
| ⑤ 既存障害                                                           |                                             | ⑥ 既往症                                                                   |                  |     |         |     |
| 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。)                              |                                             | 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認)                                      |                  |     |         |     |
| 傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込                                          |                                             | 有 ・ 無 ・ 不明                                                              |                  |     |         |     |
| ⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見<br>初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)                      |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| ⑨ 現在までの治療の内容、反応、期間、経過、その他の参考となる事項                                |                                             | 診療回数 (年間 回、月平均 回)                                                       |                  |     |         |     |
| ⑩ 現在の症状、その他参考となる事項                                               |                                             | 手術名 ( 年 月 日 )<br>手術年月日 ( 年 月 日 )                                        |                  |     |         |     |
| ⑪ 計 測                                                            |                                             | 身長                                                                      | cm               | 体 重 | kg      | 視 力 |
| ( 平成 年 月 日 )                                                     |                                             | 視 野                                                                     | 調整機能             | 聴 力 | 聴 覚     | 聴 覚 |
| ⑫ 一般状態区分表                                                        |                                             | (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)(平成 年 月 日)                                  |                  |     |         |     |
| 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、軽い運動や作業はできるもの                               |                  |     |         |     |
| 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%以上は起立しているもの |                                             | IV 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、活動の範囲がおむねベッド周辺に限られるもの        |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| 障 害 の 状 態                                                        |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| ⑬ 血液・造血器 (平成 年 月 日現在)                                            |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| I 臨床所見                                                           |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| (1) 自覚症状                                                         |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| (2) 他覚所見                                                         |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| (3) 検査成績                                                         |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| (4) その他                                                          |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| 2 治療状況                                                           |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| 3 その他の所見                                                         |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |

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。)

旧

様式第8号

(表 面)

特 別 児 童 扶 養 手 当 認 定 診 断 書

(血液・造血器、その他の障害用)

|                                                                  |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------|-----|---------|-----|
| (ふりがな)氏名                                                         | 昭和<br>平成                                    |                                                                         | 年                | 月   | 日生( 歳 ) | 男・女 |
| 住 所                                                              | 住所地の郵便番号<br>( ー )                           | 都 市 区 村                                                                 |                  |     |         |     |
| ① 障害の原因となった傷病名                                                   | ② 傷病の発生日<br>昭和 年 月 日<br>平成 年 月 日            |                                                                         | 診療録で確認<br>本人の申立て |     |         |     |
| ④ 傷病の原因又は誘因                                                      | ③ ①のため初めて医師の診断を受けた日<br>昭和 年 月 日<br>平成 年 月 日 |                                                                         | 診療録で確認<br>本人の申立て |     |         |     |
| ⑤ 既存障害                                                           |                                             | ⑥ 既往歴                                                                   |                  |     |         |     |
| 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。)                              |                                             | 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認)                                      |                  |     |         |     |
| 傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込                                          |                                             | 有 ・ 無 ・ 不明                                                              |                  |     |         |     |
| ⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見<br>初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)                      |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| ⑨ 現在までの治療内容、期間、経過、その他参考となる事項                                     |                                             | 診療回数<br>年間 回<br>月平均 回                                                   |                  |     |         |     |
| ⑩ 現在の症状、その他参考となる事項                                               |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| ⑪ 計 測                                                            |                                             | 身長                                                                      | cm               | 体 重 | kg      | 視 力 |
| ( 平成 年 月 日 )                                                     |                                             | 視 野                                                                     | 調整機能             | 聴 力 | 聴 覚     | 聴 覚 |
| ⑫ 一般状態区分表                                                        |                                             | (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)(平成 年 月 日)                                  |                  |     |         |     |
| 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、軽い運動や作業はできるもの                               |                  |     |         |     |
| 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%以上は起立しているもの |                                             | IV 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、活動の範囲がおむねベッド周辺に限られるもの        |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| 障 害 の 状 態                                                        |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| ⑬ 血液・造血器 (平成 年 月 日現在)                                            |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| 1 臨床所見                                                           |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| 2 血液検査成績 (平成 年 月 日)                                              |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| (ア) 自覚症状                                                         |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| (イ) 他覚所見                                                         |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| (ウ) 出血傾向                                                         |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| (エ) その他                                                          |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| 3 輸血の回数及び総量                                                      |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| 4 凝固因子製剤輸注の回数及び量                                                 |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |
| 5 その他の所見                                                         |                                             |                                                                         |                  |     |         |     |

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。)

| 新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      | 旧                                                                                                                                              |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|-----|-----|------|------|--|--|--|--|----------|------|--|--|--|--|---------|---|--|--|--|--|-------|------|--|--|--|--|---------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|-------|-----|-----|-----|------|------|--|--|--|--|----------|------|--|--|--|--|---------|---|--|--|--|--|-------|------|--|--|--|--|---------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| <div><div><div>⑭ その他の障害（平成 年 月 日現症）</div><div>1. 症状</div><div>(1) 自覚症状</div></div><div><div>2. 検査成績</div><div>(1) 血液・生化学検査</div><table><thead><tr><th></th><th>単位</th><th>施設基準値</th><th>年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th></tr></thead><tbody><tr><td>赤血球数</td><td>万/μL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ヘモグロビン濃度</td><td>g/dL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ヘマトクリット</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></tr><tr><td>血清アルブミン</td><td>g/dL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table><div>(2) その他の検査成績</div></div></div> <div><div>(2) 他覚所見</div></div> <div><div>3. 人工臓器等</div><div><div>(1) 人工肛門増設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日</div><div>(4) 自己導尿の常時施行 無・有</div><div>(2) 尿路変更術 無・有 手術年月日：平成 年 月 日</div><div>(5) 完全尿失禁状態 無・有<br/>(カテーテル留置：平成 年 月 日)</div><div>(3) 新膀胱増設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日</div><div>(6) その他の手術 無・有（ ）平成 年 月 日</div></div></div> <div><div>⑮ 現症時の日常生活活動能力</div><div>⑯ 予 後</div><div>⑰ 備 考</div></div> |      |                                                                                                                                                | 単位  | 施設基準値 | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 赤血球数 | 万/μL |  |  |  |  | ヘモグロビン濃度 | g/dL |  |  |  |  | ヘマトクリット | % |  |  |  |  | 血清総蛋白 | g/dL |  |  |  |  | 血清アルブミン | g/dL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | <div><div><div>⑭ その他の障害（平成 年 月 日現症）</div><div>1. 症状</div><div>(1) 自覚症状</div></div><div><div>2. 検査成績</div><div>(1) 血液・生化学検査</div><table><thead><tr><th></th><th>単位</th><th>施設基準値</th><th>年月日</th><th>年月日</th><th>年月日</th></tr></thead><tbody><tr><td>赤血球数</td><td>万/μL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ヘモグロビン濃度</td><td>g/dL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ヘマトクリット</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></tr><tr><td>血清アルブミン</td><td>g/dL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table></div></div> <div><div>(2) 他 覚 所 見</div></div> <div><div>3. 人工臓器等</div><div><div>(1) 人工肛門増設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日</div><div>(4) 自己導尿の常時施行 無・有</div><div>(2) 尿路変更術 無・有 手術年月日：平成 年 月 日</div><div>(5) 完全尿失禁状態 無・有<br/>(カテーテル留置：平成 年 月 日)</div><div>(3) 新膀胱増設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日</div><div>(6) その他の手術 無・有（ ）平成 年 月 日</div></div></div> <div><div>⑮ 現症時の日常生活活動能力</div><div>⑯ 予 後</div><div>⑰ 備 考</div></div> |  | 単位 | 施設基準値 | 年月日 | 年月日 | 年月日 | 赤血球数 | 万/μL |  |  |  |  | ヘモグロビン濃度 | g/dL |  |  |  |  | ヘマトクリット | % |  |  |  |  | 血清総蛋白 | g/dL |  |  |  |  | 血清アルブミン | g/dL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 単位   | 施設基準値                                                                                                                                          | 年月日 | 年月日   | 年月日 |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 赤血球数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 万/μL |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ヘモグロビン濃度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | g/dL |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ヘマトクリット                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | %    |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血清総蛋白                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | g/dL |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血清アルブミン                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | g/dL |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 単位   | 施設基準値                                                                                                                                          | 年月日 | 年月日   | 年月日 |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 赤血球数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 万/μL |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ヘモグロビン濃度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | g/dL |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ヘマトクリット                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | %    |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血清総蛋白                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | g/dL |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血清アルブミン                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | g/dL |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      |                                                                                                                                                |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div>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。）</div> <div>上記のとおり、診断します。平成 年 月 日<br/>病院又は診療所の名称 診療担当科名<br/>所 在 地 医 師 氏 名 印</div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      | <div>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。）</div> <div>上記のとおり、診断します。平成 年 月 日<br/>病院又は診療所の名称 診療担当科名<br/>所 在 地 医 師 氏 名 印</div> |     |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |    |       |     |     |     |      |      |  |  |  |  |          |      |  |  |  |  |         |   |  |  |  |  |       |      |  |  |  |  |         |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 旧                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (裏面)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | (裏面)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 注 意                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 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。<br>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。                                                                                                                                                                                                         | 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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                 | 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 診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めています。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと認められる場合に使用してください。<br>様式第1号 眼の障害用<br>様式第2号 聴力、平衡機能、口腔(そしゃく・言語)の障害用<br>様式第3号 肢体の障害用<br>様式第4号 精神の障害用<br>様式第5号 呼吸器疾患の障害用<br>様式第6号 循環器疾患の障害用<br>様式第7号 腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用                                                                           | 3 診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めています。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと認められる場合に使用してください。<br>様式第1号 眼の障害用<br>様式第2号 聴力、平衡機能、口腔(そしゃく・言語)の障害用<br>様式第3号 肢体の障害用<br>様式第4号 精神の障害用<br>様式第5号 呼吸器疾患の障害用<br>様式第6号 循環器疾患の障害用<br>様式第7号 腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用                                                     |
| 4 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。                                                                                                                                                                                                          | 4 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。                                                                                                                                                                                    |
| 5 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 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。)                                                                                                                                                                                                                                  |
| 6 「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。<br>(1) 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末梢してください。)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。<br>(2) ⑪の聴力欄は「聴力レベル」を記入してください。<br>「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。<br>(3) ⑭の1欄は、なるべく具体的に記入してください。<br>(4) ⑭の2欄は、血液・ <b>生化学</b> 検査値のうち、病状を適切に <b>表している</b> と思われるものを記入してください。 | 6 「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。<br>(1) 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末梢してください。)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。<br>(2) ⑪の聴力欄は「聴力レベル」を記入してください。<br>「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。<br>(3) ⑭の1欄は、なるべく具体的に記入してください。<br>(4) ⑭の2欄は、血液検査値のうち、病状を適切に現れていると思われるものを記入してください。 |

特別児童扶養手当認定診断書 様式第2号 新旧対照表（案）

新

様式第2号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(聴覚・平衡機能・そしゃく・嚥下機能・音声又は言語機能障害用)

|                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|------------|-----|
| (ふりがな)<br>氏名                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                              | 生年月日     | 平成 年 月 日生( 歳)                   | 性別         | 男・女 |
| 住 所                                                                                                                                                                                                             | 住所地の郵便番号<br>( ー ) | 都道 都市<br>府県 区                                                                |          |                                 |            |     |
| ① 障害の原因<br>となった<br>傷 病 名                                                                                                                                                                                        |                   | ② 傷病の発生年月日                                                                   | 平成 年 月 日 | 診療録で確認<br>本人の申立て                |            |     |
|                                                                                                                                                                                                                 |                   | ③ ①のため初めて医<br>師の診断を受けた日                                                      | 平成 年 月 日 | 診療録で確認<br>本人の申立て                |            |     |
| ④ 傷病の原因又は<br>誘因                                                                                                                                                                                                 |                   | ⑤ 既存<br>障害                                                                   |          | ⑥ 既往歴                           |            |     |
| ⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療<br>の効果が期待できない状態を含む。)<br>かどうか。                                                                                                                                                                |                   | 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 ( 推定 ・ 確認)<br>傷病が治っていない場合 ……症状のよくなる見込み 有 ・ 無 ・ 不明 |          |                                 |            |     |
| ⑧ 診断書作成医療機関に<br>おける初診時所見<br>初診年月日<br>(平成 年 月 日)                                                                                                                                                                 |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| ⑨ 現在までの治療の内容、<br>期間、経過、その他<br>参考となる事項                                                                                                                                                                           |                   |                                                                              |          | 診療回数                            | 年間 回、月平均 回 |     |
|                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                              |          | 手術<br>手術名( )<br>歴 手術年月日( 年 月 日) |            |     |
| ⑩ 障 害 の 状 態 (平成 年 月 日現症)                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| (1)聴覚の障害                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 聴 力 レ ベ ル                                                                                                                                                                                                       |                   | オージオグラム                                                                      |          |                                 |            |     |
| 検査<br>年度<br>名 月 日                                                                                                                                                                                               | 右 dB 左 dB         | %                                                                            |          |                                 |            |     |
| ( )<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                    | 右 dB 左 dB         | %                                                                            |          |                                 |            |     |
| ( )<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                    | 右 dB 左 dB         | %                                                                            |          |                                 |            |     |
| 最良語音明瞭度                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                           | 右 % 左 %           |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 所見 [ ]                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| (2)平衡機能の障害                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| ア 機能障害                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| イ 栄養状態                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 1 良 2 中 3 不良<br>( 身長 cm、 体重 kg)                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| ウ 食事内容                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 1 食事内容に制限がない<br>2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分でないため食事が<br>制限される。<br>3 全例、軟食以外は摂取できない<br>4 経口摂取のみでは十分な栄養ができないためノンデ栄養の併用が必要である。<br>5 流動食以外は摂取できない。<br>6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。<br>7 経口的に食物を摂取することができない。<br>8 その他( ) |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |

旧

様式第2号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(聴覚・平衡機能・そしゃく・嚥下機能・音声又は言語機能障害用)

|                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|------------|-----|
| (ふりがな)<br>氏名                                                                                                                                                                                                    |                   |                                                                              | 生年月日     | 平成 年 月 日生( 歳)                   | 性別         | 男・女 |
| 住 所                                                                                                                                                                                                             | 住所地の郵便番号<br>( ー ) | 都道 都市<br>府県 区                                                                |          |                                 |            |     |
| ① 障害の原因<br>となった<br>傷 病 名                                                                                                                                                                                        |                   | ② 傷病の発生年月日                                                                   | 平成 年 月 日 | 診療録で確認<br>本人の申立て                |            |     |
|                                                                                                                                                                                                                 |                   | ③ ①のため初めて医<br>師の診断を受けた日                                                      | 平成 年 月 日 | 診療録で確認<br>本人の申立て                |            |     |
| ④ 傷病の原因又は<br>誘因                                                                                                                                                                                                 |                   | ⑤ 既存<br>障害                                                                   |          | ⑥ 既往歴                           |            |     |
| ⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療<br>の効果が期待できない状態を含む。)<br>かどうか。                                                                                                                                                                |                   | 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 ( 推定 ・ 確認)<br>傷病が治っていない場合 ……症状のよくなる見込み 有 ・ 無 ・ 不明 |          |                                 |            |     |
| ⑧ 診断書作成医療機関に<br>おける初診時所見<br>初診年月日<br>(平成 年 月 日)                                                                                                                                                                 |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| ⑨ 現在までの治療の内容、<br>期間、経過、その他<br>参考となる事項                                                                                                                                                                           |                   |                                                                              |          | 診療回数                            | 年間 回、月平均 回 |     |
|                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                              |          | 手術<br>手術名( )<br>歴 手術年月日( 年 月 日) |            |     |
| ⑩ 障 害 の 状 態 (平成 年 月 日現症)                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| (1)聴覚の障害                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 聴 力 レ ベ ル                                                                                                                                                                                                       |                   | オージオグラム                                                                      |          |                                 |            |     |
| 検査<br>年度<br>名 月 日                                                                                                                                                                                               | 右 dB 左 dB         | %                                                                            |          |                                 |            |     |
| ( )<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                    | 右 dB 左 dB         | %                                                                            |          |                                 |            |     |
| ( )<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                    | 右 dB 左 dB         | %                                                                            |          |                                 |            |     |
| 最良語音明瞭度                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 年 月 日                                                                                                                                                                                                           | 右 % 左 %           |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 所見 [ ]                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| (2)平衡機能の障害                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| ア 機能障害                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| イ 栄養状態                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 1 良 2 中 3 不良<br>( 身長 cm、 体重 kg)                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| ウ 食事内容                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |
| 1 食事内容に制限がない<br>2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分でないため食事が<br>制限される。<br>3 全例、軟食以外は摂取できない<br>4 経口摂取のみでは十分な栄養ができないためノンデ栄養の併用が必要である。<br>5 流動食以外は摂取できない。<br>6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。<br>7 経口的に食物を摂取することができない。<br>8 その他( ) |                   |                                                                              |          |                                 |            |     |

| 新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 旧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div>(4) 音声又は言語機能の障害</div> <div><div>ア 会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。）</div><div><div><div>1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とも成立する。</div><div>2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。</div><div>3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。</div><div>4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。</div></div></div></div> <div><div>イ 発音不能な語音（構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。）</div><div><div>I 4種の語音（該当するものにチェックをつけてください。）</div><div>II 発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）</div><div><div>口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等）</div><div><div>1 全て発音できる</div><div>2 一部発音できる</div><div>3 発音不能</div></div><div><div>歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等）</div><div><div>1 全て発音できる</div><div>2 一部発音できる</div><div>3 発音不能</div></div><div><div>歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）</div><div><div>1 全て発音できる</div><div>2 一部発音できる</div><div>3 発音不能</div></div><div><div>軟口蓋音（か行音、が行音等）</div><div><div>1 全て発音できる</div><div>2 一部発音できる</div><div>3 発音不能</div></div></div></div></div><div><div>ウ 失語症の障害の程度（失語症がある場合に、記入してください。）</div><div><div>I 音声言語の表出及び理解の程度（該当するものにチェックをつけてください。）</div><div>II 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）</div><div><div>単語の呼称（単語の例： 家、靴下、自動車、電話、水 ）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>短文の発話（2～3文節程度、 例： 女の子が本を読んでいる）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>長文の発話（4～6文節程度、 例： 私の家に田舎から大きな小包が届いた）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>単語の理解（例：単語の呼称と同じ）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>短文の理解（例：短文の発話と同じ）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>長文の理解（例：長文の発話と同じ）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div></div></div></div><div><div>⑪ 現症時の日常生活活動能力（必ず記入してください。）</div><div>⑫ 予 後（必ず記入してください。）</div><div>⑬ 備 考</div></div></div></div></div></div></div></div></div></div> |  | <div>(4) 音声又は言語機能の障害</div> <div><div>ア 会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。）</div><div><div><div>1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とも成立する。</div><div>2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。</div><div>3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。</div><div>4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。</div></div></div></div> <div><div>イ 発音不能な語音（構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。）</div><div><div>I 4種の語音（該当するものにチェックをつけてください。）</div><div>II 発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）</div><div><div>口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等）</div><div><div>1 全て発音できる</div><div>2 一部発音できる</div><div>3 発音不能</div></div><div><div>歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等）</div><div><div>1 全て発音できる</div><div>2 一部発音できる</div><div>3 発音不能</div></div><div><div>歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）</div><div><div>1 全て発音できる</div><div>2 一部発音できる</div><div>3 発音不能</div></div><div><div>軟口蓋音（か行音、が行音等）</div><div><div>1 全て発音できる</div><div>2 一部発音できる</div><div>3 発音不能</div></div></div></div></div><div><div>ウ 失語症の障害の程度（失語症がある場合に、記入してください。）</div><div><div>I 音声言語の表出及び理解の程度（該当するものにチェックをつけてください。）</div><div>II 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）</div><div><div>単語の呼称（単語の例： 家、靴下、自動車、電話、水 ）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>短文の発話（2～3文節程度、 例： 女の子が本を読んでいる）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>長文の発話（4～6文節程度、 例： 私の家に田舎から大きな小包が届いた）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>単語の理解（例：単語の呼称と同じ）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>短文の理解（例：短文の発話と同じ）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div><div><div>長文の理解（例：長文の発話と同じ）</div><div><div>1 できる</div><div>2 おおむねできる</div><div>3 あまりできない</div><div>4 できない</div></div></div></div></div><div><div>⑪ 現症時の日常生活活動能力（必ず記入してください。）</div><div>⑫ 予 後（必ず記入してください。）</div><div>⑬ 備 考</div></div></div></div></div></div></div></div></div></div> |  |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 平成 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 印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |

|               |  |           |  |
|---------------|--|-----------|--|
| 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    |  | 診療担当科名    |  |
| 所 在 地         |  | 医 師 氏 名 印 |  |

| 新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 旧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>（裏面）</div> <div>注 意</div> <div><div>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。<br/>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。</div><div>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、別に紙片をはりつけて記入してください。</div><div>3③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。<br/>また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。</div><div>4「障害の状態」の欄は、次によってください。<div><div>(1) 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。</div><div>(2) ⑩の欄の「(1) 聴覚の障害」の測定結果は、過去3ヶ月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。</div><div>(3) ⑩の欄の(1)聴覚の障害欄中の「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。<br/>*「聴力レベル」の算出方法は、次によってください。<div><div>①「聴力レベル値」(デシベル)は、オージオメータにより測定してください。</div><div>②「聴力レベル値」(デシベル)は、<div><div><div><div></div><div><math display="block">\frac{a + 2b + c}{4}</math></div><div></div></div></div>により算出してください。<div>a：周波数500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値<br/>b：周波数1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値<br/>c：周波数2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値</div>なお、ABR検査(聴性脳幹反応検査)、ASSR検査(聴性定常反応検査)、COR検査(条件聴索反応検査)等を行った場合は、検査名及び検査年月日を記入の上、測定結果を記載してください。</div><div>(4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。<br/>なお、最良語音明瞭度の検査は、オージオロジー学会で定めた方法によってください。</div><div>(5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、両耳の聴力レベルが100dB以上の診断を行う場合には、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。<br/><b>また、オージオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、COR検査(条件聴索反応検査)を組み合わせる実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入して下さい。</b><br/>また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。</div><div>(6) ⑩の(4)の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。</div><div>(7) ⑩の(4)の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。</div></div></div></div></div></div></div> | <div>（裏面）</div> <div>注 意</div> <div><div>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。<br/>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。</div><div>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、別に紙片をはりつけて記入してください。</div><div>3③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。<br/>また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。</div><div>4「障害の状態」の欄は、次によってください。<div><div>(1) 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。</div><div>(2) ⑩の欄の「(1) 聴覚の障害」の測定結果は、過去3ヶ月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。</div><div>(3) ⑩の欄の(1)聴覚の障害欄中の「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオージオメータで測定した測定値です。<br/>*「聴力レベル」の算出方法は、次によってください。<div><div>①「聴力レベル値」(デシベル)は、オージオメータにより測定してください。</div><div>②「聴力レベル値」(デシベル)は、<div><div><div><div></div><div><math display="block">\frac{a + 2b + c}{4}</math></div><div></div></div></div>により算出してください。<div>a：周波数500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値<br/>b：周波数1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値<br/>c：周波数2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値</div>なお、ABR検査(聴性脳幹反応検査)、ASSR検査(聴性定常反応検査)、COR検査(条件聴索反応検査)等を行った場合は、検査名及び検査年月日を記入の上、測定結果を記載してください。</div><div>(4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。<br/>なお、最良語音明瞭度の検査は、オージオロジー学会で定めた方法によってください。</div><div>(5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、両耳の聴力レベルが100dB以上の診断を行う場合には、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。<br/>また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。</div><div>(6) ⑩の(4)の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。</div><div>(7) ⑩の(4)の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。</div></div></div></div></div></div></div> |

【改正後全文】

○特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定について

昭和50年9月5日 児発第576号

各都道府県知事宛 厚生省児童家庭局長通知

|        |                          |
|--------|--------------------------|
| 第一次改正  | 昭和57年児発第824号             |
| 第二次改正  | 平成11年障発第216号             |
| 第三次改正  | 平成13年7月31日雇児第502号障発第325号 |
| 第四次改正  | 平成14年3月28日障発第0328009号    |
| 第五次改正  | 平成15年8月27日障発第0827009号    |
| 第六次改正  | 平成22年11月22日障発1122第2号     |
| 第七次改正  | 平成23年8月9日障発0809第2号       |
| 第八次改正  | 平成24年8月9日障発0809第3号       |
| 第九次改正  | 平成25年5月10日障発0510第2号      |
| 第十次改正  | 平成26年5月20日障発0520第2号      |
| 第十一次改正 | 平成27年4月1日障発0401第9号       |
| 第十二次改正 | 平成27年6月19日障発0619第4号      |
| 第十三次改正 | 平成28年4月14日障発0414第1号      |
| 第十四次改正 | 平成29年12月21日障発1221第1号     |

今般、特別児童扶養手当等の支給に関する法律等の一部を改正する法律が公布され、昭和50年10月1日から障害の程度が特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年7月2日法律第134号。以下「法」という。）別表第1に定める二級に該当する障害児を新たに特別児童扶養手当の支給対象障害児としたことに伴い、標記の認定要領等を別紙のとおり改正し、昭和50年10月1日から適用することとしたので、この取扱いについて遺憾のないようにされたい。

なお、「重度精神薄弱児扶養手当支給事務に係る児童相談所における判定について」（昭和39年9月8日児発第793号各指定都市の市長あて本職通知）は、昭和50年9月30日限りで廃止する。

おって、管内市町村に対し、周知方お願いする。

## 別 紙

### 特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3における障害の認定要領

1 この要領は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（昭和50年7月4日政令第207号。以下「令」という。）別表第3に該当する程度の障害の認定基準を定めたものであること。

2 障害の認定については、次によること。

（1）法第2条第1項にいう「障害の状態」とは、精神又は身体に令別表第3に該当する程度の障害があり、障害の原因となつた傷病がなおつた状態又は症状が固定した状態をいうものであること。

なお、「傷病がなおつた」については、器質的欠損若しくは変形又は後遺症を残していても、医学的にその傷病がなおれば、そのときをもつて「なおつた」とし、「症状が固定した」については、症状が安定するか若しくは回復する可能性が少なくなつたとき又は傷病にかかわりなく障害の状態が固定したときをいうものであり、慢性疾患等で障害の原因となつた傷病がなおらないものについては、その症状が安静を必要とし、当面医療効果が少なくなつたときをいうものであること。

（2）障害の程度は、令別表第3に定めるとおりであり、国民年金法（昭和34年法律第141号）による障害程度の1級及び2級に相当するものであること。

（3）内科的疾患に基づく身体の障害及び精神の障害の程度の判定にあつては、現在の状態、医学的な原因及び経過、予後等並びに日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度等を十分勘案し、総合的に認定を行うこと。

#### ア 1 級

令別表第3に定める「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度」とは、精神上若しくは身体上の能力が欠けているか又は未発達であるため、日常生活において常に他人の介助、保護を受けなければほとんど自己の用を弁ずることができない程度のものをいうものであること。

例えば、身のまわりのことはかろうじてできるが、それ以上の活動はできないもの又は行つてはいけないもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲が就床病室内に限られるものであること。

#### イ 2 級

令別表第3に定める「日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度」とは、他人の助けをかりる必要はないが、日常

生活は極めて困難であるものをいうものであること。

例えば、家庭内の極めて温和な活動はできるが、それ以上の活動はできないもの又は行ってはいけないもの、すなわち、病院内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね病棟内に限られるものであり、家庭内の生活でいえば、活動の範囲がおおむね家屋内に限られるものである。

- (4) 障害の認定は、特別児童扶養手当認定診断書（特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行規則に定める様式第2号）及び特定の傷病に係るエックス線直接撮影写真（以下「診断書等」という。）によつて行うが、これらのみでは認定が困難な場合には必要に応じ療養の経過若しくは日常生活状況等の調査又は必要な検診等を実施したうえ適正な認定を行うこと。

- (5) 障害の程度について、その認定の適正を期するため、必要な場合には期間を定めて認定を行うこと。

ア 障害の程度について、その状態の変動することが予測されるものについては、その予測される状態を勘案して認定を行うこと。

イ 精神疾患（知的障害を含む）、慢性疾患等で障害の原因となつた傷病がなおらないものについては、原則として当該認定を行つた日からおおむね2年後に再認定を行うこと。

ウ その他必要な場合には、イにかかわらず適宜必要な期間を定め再認定を行うこと。

なお、この場合は、過去の判定経歴、年齢、育成医療等の受療状況など、障害程度の変動の可能性等を十分に勘案して再認定期間を定めること。

エ 再認定を行う場合は、昭和42年12月9日児発第765号各都道府県知事あて本職通知「児童扶養手当法及び特別児童扶養手当法における有期認定の取扱いについて」により行うこと。

- (6) 各傷病についての障害の認定は、別添1「障害程度認定基準」により行うこと。

なお、ヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定については、「特別児童扶養手当及び特別障害者手当等におけるヒト免疫不全ウイルス感染症に係る障害認定について」（平成10年3月27日障企第24号通知）に定める事項に留意して認定を行うこと。

### 3 障害の状態を審査する医師について

- (1) 都道府県又は指定都市においては、児童の障害の状態を審査するために必要な医師を置くこと。

- (2) 障害児の廃疾の状態は、令別表第3の内容からみて、複雑多岐にわたるものであるため、障害の状態を審査する医師には、少なくとも内科、小児科、整形外科及び精神科の診療を担当する医師を加えること。

なお、内科、整形外科及び精神科の診療を担当する医師は、児童扶養手当制度における児童又は児童の父の障害の状態を審査する医師に兼務させても差しつかえないものであること。

#### 4 障害の認定に係る診断書等について

- (1) 各傷病についての特別児童扶養手当認定請求書に添付する診断書は、別添2「特別児童扶養手当認定診断書」によること。
- (2) 障害児が身体障害者福祉法第15条第4項の規定により身体障害者手帳（以下「手帳」という。）の交付を受けているときは、当該手帳に記載されている障害名及び等級表による級別によつて障害の程度が令別表第3の各号のいずれかに該当することが明らかと判定できる場合は、診断書を添付させることに代えて、特別児童扶養手当認定請求書に手帳に記載されている障害名及び等級表による級別並びに手帳番号を記入せしめ、これによつて認定しても差しつかえないものであること。

なお、認定にあつて障害の内容等について承知する必要がある場合には、都道府県又は指定都市の手帳関係事務主管課で保管する「身体障害者診断書」によること。

- (3) 障害児が療育手帳制度要綱（昭和48年9月27日厚生省発児第156号各都道府県知事、指定都市市長あて厚生事務次官通知の別紙）による療育手帳の交付を受けているときの取扱いについては、障害の程度が「A」と記載されているものは令別表第3の1級に該当するものとして認定して差しつかえないこと。

また、療育手帳に「A」の記載がない場合においても、診断書を作成する医師は、診断書に記載すべき項目の一部が療育手帳取得の際に児童相談所の長が判定に用いた資料（以下「療育手帳取得の際の資料」という。）により明らかである場合は、当該療育手帳取得の際の資料を当該診断書に添付することをもって当該診断書の該当項目の記載を省略することができる。

なお、これらの場合には、特別児童扶養手当認定請求書の備考欄にその旨記入すること。

- (4) 提出された診断書等だけでは、認定の可否を決定することができないため、法第36条第2項による再診を必要とする場合には、昭和37年7月9日児発第752号各都道府県知事あて本職通知「児童扶養手当の障害認定にかかる再診の取扱いについて」に準じて行うこと。
- (5) 精神の障害に係る認定診断書は、できる限り精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に規定する精神保健指定医、精神保健福祉センターの医師、児童相談所若しくは知的障害者更生相談所の医師又は精神科の診療に経験を有する医師の作成したものとするよう指導されたいこと。

## 別 添 1

### 特別児童扶養手当 障害程度認定基準

#### 第 1 節／眼の障害

眼の障害による障害の程度は、次により認定する。

##### 1 認定基準

施行令別表第 3 に定める障害の程度は、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 両眼の視力の和が0.04以下のもの                                                            |
| 2 級   | 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの                                                      |
|       | 身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

##### 2 認定要領

眼の障害は、視力障害と視野障害に区分する。

###### (1) 視力障害

ア 視力の測定は、万国式試視力表又はそれと同一原理によって作成された試視力表による。

イ 試視力表の標準照度は、200ルクスとする。

ウ 屈折異常のあるものについては、矯正視力により認定する。

矯正視力とは、眼科的に最も適正な常用し得る矯正眼鏡又はコンタクトレンズによって得られた視力をいう。

なお、眼内レンズを挿入したものについては、挿入後の矯正視力により認定する。

エ 両眼の視力とは、それぞれの視力を別々に測定した数値であり、両眼の視力の和とは、それぞれの測定値を合算したものをいう。両眼の視力の和が0.04とは、左右各眼の視力がそれぞれ0.01及び0.03、0.02及び0.02、一眼全盲他眼0.04等の場合をいう。

オ 屈折異常のあるものであっても次のいずれかに該当するものは、裸眼視力により認定する。

(ア) 矯正が不能のもの

(イ) 矯正により不等像視を生じ、両眼視が困難となることが医学的に認められるもの

(ウ) 矯正に耐えられないもの

カ 視力が0.01に満たないもののうち、明暗弁のもの又は手動弁のものは視力0として計算し、指数弁のものは0.01として計算する。

###### (2) 視野障害

ア 視野の測定は、ゴールドマン視野計及び自動視野計又これらに準ずるものによる。

イ ゴールドマン視野計による場合、中心視野についてはⅠ／2の視標を用い、周辺視野についてはⅠ／4の視標を用いる。

なお、それ以外の測定方法による場合は、これに相当する視標を用いることとする。

ウ 「身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」とは、求心性視野狭窄又は輪状暗点があるものについて、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) Ⅰ／2の指標で両眼の視野がそれぞれ5度以内におさまるもの

(イ) 両眼の視野がそれぞれⅠ／4の指標で中心10度以内におさまるもので、かつ、

I / 2 の指標で中心 10 度以内の 8 方向の残存視野の角度の合計が 56 度以下のもの

この場合、左右別々に 8 方向の視野の角度を求め、いずれか大きい方の合計が 56 度以下のものとする。

なお、ゴールドマン視野計の I / 4 の指標での測定が不能の場合は、求心性視野狭窄の症状を有していれば、同等のものとして認定する。

(注) 求心性視野狭窄は、網膜色素変性症や緑内障等により、視野の周辺部分から欠損が始まり見えない部分を中心部に向かって進行するものである。

(3) 視力障害と視野障害が併存する場合には、併合認定の取扱いを行う。

## 第 2 節／聴覚の障害

聴覚の障害による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

施行令別表第 3 に定める障害の程度は、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                    |
|-------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 両耳の聴力レベルが 100 デシベル以上のもの                                                      |
| 2 級   | 両耳の聴力レベルが 90 デシベル以上のもの                                                       |
|       | 身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

### 2 認定要領

聴覚の障害による障害の程度は、純音による聴力レベル値（純音聴力レベル値）及び語音による聴力検査値（語音明瞭度）により認定する。

(1) 聴力レベルは、オーディオメータ（JIS 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータ）によって測定するものとする。

ただし、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、1 級に該当する診断を行う場合には、オーディオメータによる検査に加えて、ABR 検査（聴性脳幹反応検査）等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施する。また、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を診断書に記載し、記録データのコピー等を提出（添付）するものとする。

(2) 聴力レベルのデシベル値は、話声域すなわち周波数 500、1000、2000 ヘルツにおける純音の各デシベル値を a, b, c とした場合、次式により算出する。

$$\text{平均純音聴力レベル値} = \frac{a + 2b + c}{4}$$

なお、この算式により得た値が境界値に近い場合には

$$\frac{a + 2b + 2c + d}{6} \text{ の算式により得た値を参考とする。}$$

a：周波数 500 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

b：周波数 1000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

c：周波数 2000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

d：周波数 4000 ヘルツの音に対する純音聴力レベル値

(注) 聴力が純音聴力損失値によって算出されているときは、10 デシベルを加算した数値を聴力デシベルにおけるデシベル値として認定する。

(3) 最良語音明瞭度の算出は、次によるものとする。

ア 検査は、録音器又はマイク付オーディオメータにより、通常の会話の強さで発声し、オーディオメータの音量を適当に強めたり、弱めたりして最も適した状態で行う。

イ 検査語は、語音弁別能力測定用語音集により、2 秒から 3 秒に 1 語の割合で発声

し語音明瞭度を検査する。

なお、語音聴力表は、「57 s 式語表」あるいは「67 s 式語表」とする。

ウ 語音明瞭度は、次式により算出し、語音明瞭度の最も高い値を最良語音明瞭度（語音弁別能）とする。

$$\text{語音明瞭度} = \frac{\text{正答語音数}}{\text{検査語数}} \times 100 (\%)$$

- (4) 「身体の機能の障害が前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」とは、両耳の平均純音聴力レベル値が80デシベル以上で、かつ、最良語音明瞭度が30%以下のものをいう。
- (5) 聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児の障害の状態が1級に該当する場合は、オーディオメータによる検査結果のほか、A B R検査（聴性脳幹反応検査）等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査結果を把握して、総合的に認定する。
- (6) オーディオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の聴力の障害による認定については、A B R検査（聴性脳幹反応検査）又はA S S R検査（聴性定常反応検査）及びC O R検査（条件詮索反応検査）を組み合わせるものとする。
- ア A B R検査（聴性脳幹反応検査）又はA S S R検査（聴性定常反応検査）の聴力レベルのデシベル値が両耳とも100デシベル以上、C O R検査（条件詮索反応検査）の聴力レベルのデシベル値が100デシベル以上の場合は1級と認定する。
- イ A B R検査（聴性脳幹反応検査）又はA S S R検査（聴性定常反応検査）の聴力レベルのデシベル値が両耳とも90デシベル以上、C O R検査（条件詮索反応検査）の聴力レベルのデシベル値が90デシベル以上の場合は2級と認定する。
- なお、ア及びイにより認定した場合は、原則として当該認定を行った日からおおむね2年後に再認定を行うこととする。

### 第3節／平衡機能の障害

平衡機能の障害による障害の程度は、次により認定する。

#### 1 認定基準

施行令別表第3に定める障害の程度は、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態        |
|-------|------------------|
| 2 級   | 平衡機能に著しい障害を有するもの |

#### 2 認定要領

- (1) 平衡機能の障害には、その原因が内耳性のもののみならず、脳性のものも含まれる。
- (2) 「平衡機能に著しい障害を有するもの」とは、四肢体幹に器質的異常がない場合に閉眼で起立・立位保持が不能又は開眼で直線を歩行中に10メートル以内に転倒あるいは著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ない程度のものをいう。

### 第4節／そしゃく・嚥下機能の障害

そしゃく機能・嚥下機能の障害による障害の程度は、次により認定する。

#### 1 認定基準

施行令別表第3に定める障害の程度は、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態    |
|-------|--------------|
| 2 級   | そしゃくの機能を欠くもの |

## 2 認定要領

- (1) そしゃく・嚥下機能の障害は、歯、顎（顎関節も含む。）、口腔（舌、口唇、硬口蓋、頬、そしゃく筋等）咽頭、喉頭、食道等の器質的、機能的障害（外傷や手術による変形、障害も含む）により食物の摂取が困難なもの、あるいは誤嚥の危険が大きいものである。
- (2) そしゃく・嚥下機能の障害の程度は、摂取できる食物の内容、摂取方法によって次のように区分するが、関与する器官、臓器の形態・機能、栄養状態等も十分考慮して総合的に認定する。  
ア 「そしゃく・嚥下の機能を欠くもの」とは、流動食以外は摂取できないもの、経口的に食物を摂取することができないもの、及び経口的に食物を摂取することが極めて困難なもの（食餌が口からこぼれ出るため常に手、器物等でそれを防がなければならないもの、または一日の大半を食事に費やさなければならない程度のもの）をいう。
- (3) そしゃく機能の障害と嚥下機能の障害は、併合認定の取扱いを行わない。

## 第5節／音声又は言語機能の障害

音声又は言語機能の障害による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

施行令別表第3に定める障害の程度は、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態            |
|-------|----------------------|
| 2 級   | 音声又は言語機能に著しい障害を有するもの |

## 2 認定要領

- (1) 音声又は言語機能の障害とは、発音に関わる機能又は音声言語の理解と表出に関わる機能の障害をいい、構音障害又は音声障害、失語症及び聴覚障害による障害が含まれる。  
ア 構音障害又は音声障害  
歯、顎、口腔（舌、口唇、口蓋等）、咽頭、喉頭、気管等の発声器官の形態異常や運動機能障害により、発音に関わる機能に障害が生じた状態のものをいう。  
イ 失語症  
大脳の言語野の後天性脳損傷（脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷や脳炎など）により、一旦獲得された言語機能に障害が生じた状態のものをいう。  
ウ 聴覚障害による障害  
先天的な聴覚障害により音声言語の表出ができないものや、中途の聴覚障害によって発音に障害が生じた状態のものをいう。
- (2) 「音声又は言語機能に著しい障害を有するもの」とは、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しないものをいう。
- (3) 構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害については、発音不能な語音を評価の参考とする。発音不能な語音は、次の4種について確認するほか、語音発語明瞭度検査等が行われた場合はその結果を確認する。  
ア 口唇音（ま行音、ぱ行音、ば行音等）  
イ 歯音、歯茎音（さ行、た行、ら行等）  
ウ 歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）  
エ 軟口蓋音（か行音、が行音等）
- (4) 失語症については、失語症の障害の程度を評価の参考とする。失語症の障害の程度は、音声言語の表出及び理解の程度について確認するほか、標準失語症検査等が行われた場合はその結果を確認する。

- (5) 失語症が、音声言語の障害の程度と比較して、文字言語（読み書き）の障害の程度が重い場合には、その症状も勘案し、総合的に認定する。
- (6) 喉頭全摘出手術を施した結果、発音に関わる機能を喪失したものについては、2級と認定する。
- (7) 歯のみの障害による場合は、補綴等の治療を行った結果により認定を行う。
- (8) 音声又は言語機能の障害（特に構音障害）とそしゃく・嚥下機能の障害とは併存することが多いが、この場合には、併合認定の取扱いを行う。また、音声又は言語機能の障害（特に失語症）と肢体の障害又は精神の障害とは併存することが多いが、この場合についても、併合認定の取扱いを行う。

## 第6節 ／肢体の障害

肢体の障害による障害の程度は、上肢の障害、下肢の障害、体幹の障害及び肢体の機能の障害に区分し、次により認定する。

### 第1 上肢の障害

#### 1 認定基準

上肢の障害については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                   |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 両上肢の機能に著しい障害を有するもの                                                                          |
|       | 両上肢のすべての指を欠くもの                                                                              |
|       | 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの                                                                    |
| 2 級   | 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの                                                                     |
|       | 両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの                                                           |
|       | 一上肢の機能に著しい障害を有するもの                                                                          |
|       | 一上肢のすべての指を欠くもの                                                                              |
|       | 一上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの                                                                    |
|       | 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前各号と同程度以上と認められる状態であつて、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とするもの |

#### 2 認定要領

上肢の障害は、機能障害、欠損障害に区分する。

##### (1) 機能障害

ア 「両上肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「両上肢の用を全く廃したのもの」とは、両上肢の3大関節中それぞれ2関節以上の関節が全く用を廃したものの、すなわち、次のいずれかに該当する程度のものをいう。

(ア) 不良肢位で強直しているもの

(イ) 関節の他動可動域が、別紙「肢体の障害関係の測定方法」による参考可動域の2分の1以下に制限され、かつ、筋力が半減しているもの

(ウ) 筋力が著減又は消失しているもの

なお、認定に当たっては、一上肢のみに障害がある場合に比して日常生活における動作に制約が加わることから、その動作を考慮して総合的に認定する。

イ 「一上肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「一上肢の用を全く廃したもの」とは、一上肢の3大関節中いずれか2関節以上の関節が全く用を廃したもの、すなわち、次のいずれかに該当する程度のものをいう。

(ア) 不良肢位で強直しているもの

(イ) 関節の他動可動域が、健側の他動可動域の2分の1以下に制限され、かつ、筋力が半減しているもの

(ウ) 筋力が著減又は消失しているもの

ウ 「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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」とは、両上肢の機能に相当程度の障害を残すもの（例えば、両上肢の3大関節中それぞれ1関節の他動可動域が、別紙「肢体の障害関係の測定方法」による参考可動域の2分の1以下に制限され、かつ、筋力が半減しているもの）をいう。

なお、認定に当たっては、一上肢のみに障害がある場合に比して日常生活における動作に制約が加わることから、その動作を考慮して総合的に認定する。

エ 「上肢の指の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「上肢の指の用を全く廃したもの」とは、指の著しい変形、麻痺による高度の脱力、関節の不良肢位強直、癒痕による指の埋没又は不良肢位拘縮等により、指があってもそれが無いのと同程度に同程度の機能障害があるものをいう。

オ 「両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「両上肢のおや指及びひとさし指又は中指の用を全く廃したもの」とは、両上肢のおや指の用を全く廃した程度の障害があり、それに加えて、両上肢のひとさし指又は中指の用を全く廃した程度の障害があり、そのため両手とも指間に物をはさむことはできても、一指を他指に対立させて物をつまむことができない程度の障害をいう。

カ 「指の用を廃したもの」とは、次のいずれかに該当するものをいう。

(ア) 指の末節骨の長さの2分の1以上を欠くもの

(イ) 中手指関節（MP）又は近位指節間関節（PIP）（おや指にあっては、指節間関節（IP）に著しい運動障害（他動可動域が健側の他動可動域の2分の1以下に制限されたもの）を残すもの

キ 日常生活における動作は、おおむね次のとおりである。

(ア) さじで食事をする

(イ) 顔を洗う（顔に手のひらをつける）

(ウ) 用便の処置をする（ズボンの前のところに手をやる）

(エ) 用便の処置をする（尻のところに手をやる）

(オ) 上衣の着脱（かぶりシャツを着て脱ぐ）

(カ) 上衣の着脱（ワイシャツを着てボタンをとめる）

## (2) 欠損障害

ア 「上肢の指を欠くもの」とは、基節骨の基部から欠き、その有効長が0のものをいう。

「両上肢のおや指及びひとさし指又は中指を欠くもの」とは、必ず両上肢のおや指を基部から欠き、それに加えて、両上肢のひとさし指又は中指を基部から欠くものである。

イ 「指を失ったもの」とは、おや指については指節間関節（IP）、その他の指については、近位指節間関節（PIP）以上で欠くものをいう。

## (3) 関節可動域の測定方法、関節の運動及び関節可動域等の評価

測定方法については、別紙「肢体の障害関係の測定方法」による。

ア 関節の運動に関する評価については、各関節の主要な運動を重視し、他の運動については、参考とする。

なお、各関節の主要な運動は次のとおりである。

| 部 位   | 主要な運動 |
|-------|-------|
| 肩 関 節 | 屈曲・外転 |
| 肘 関 節 | 屈曲・伸展 |
| 手 関 節 | 背屈・掌屈 |
| 前 腕   | 回内・回外 |
| 手 指   | 屈曲・伸展 |

イ 関節可動域の評価は、原則として、健側の関節可動域と比較して患側の障害の程度を評価する。

ただし、両側に障害を有する場合にあっては、別紙「肢体の障害関係の測定方法」による参考可動域を参考とする。

ウ 各関節の評価に当たっては、単に関節可動域のみでなく、次の諸点を考慮した上で評価する。

(ア) 筋力 (イ) 巧緻性 (ウ) 速さ (エ) 耐久性

なお、他動可動域による評価が適切ではないもの（例えば、末梢神経損傷を原因として関節を可動させる筋が弛緩性の麻痺となっているもの）については、上記諸点を考慮し、日常生活における動作の状態から上肢の障害を総合的に認定する。

(4) 人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものは、そう入置換した状態で認定を行うものとする。

## 第2 下肢の障害

### 1 認定基準

下肢の障害については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 両下肢の機能に著しい障害を有するもの                                                                             |
|       | 両下肢を足関節以上で欠くもの                                                                                 |
| 2 級   | 両下肢のすべての指を欠くもの                                                                                 |
|       | 一下肢の機能に著しい障害を有するもの                                                                             |
|       | 一下肢を足関節以上で欠くもの                                                                                 |
|       | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

### 2 認定要領

下肢の障害は、機能障害、欠損障害に区分する。

#### (1) 機能障害

ア 「両下肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「両下肢の用を全く廃したもの」とは、両下肢の3大関節中それぞれ2関節以上の関節が全く用を廃したものの、すなわち、次のいずれかに該当する程度のものをいう。

(ア) 不良肢位で強直しているもの

(イ) 関節の他動可動域が、別紙「肢体の障害関係の測定方法」による参考可動域の

2分の1以下に制限され、かつ、筋力が半減しているもの

(ウ) 筋力が著減又は消失しているもの

ただし、両下肢それぞれの膝関節のみが100度屈曲位の強直である場合のように、両下肢の3大関節中単に1関節の用を全く廃するにすぎない場合であっても、その両下肢を歩行時に使用することができない場合には、「両下肢の用を全く廃したもの」と認定する。

なお、認定に当たっては、一下肢のみに障害がある場合に比して日常生活における動作に制約が加わることから、その動作を考慮して総合的に認定する。

イ 「一下肢の機能に著しい障害を有するもの」すなわち「一下肢の用を全く廃したもの」とは、一下肢の3大関節中いずれか2関節以上の関節が全く用を廃したもの、すなわち、次のいずれかに該当する程度のものをいう。

(ア) 不良肢位で強直しているもの

(イ) 関節の他動可動域が、健側の他動可動域の2分の1以下に制限され、かつ、筋力が半減しているもの

(ウ) 筋力が著減又は消失しているもの

ただし、膝関節のみが100度屈曲位の強直である場合のように、単に1関節の用を全く廃するにすぎない場合であっても、その下肢を歩行時に使用することができない場合には、「一下肢の用を全く廃したもの」と認定する。

ウ 「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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」とは、両下肢の機能に相当程度の障害を残すもの（例えば、両下肢の3大関節中それぞれ1関節の他動可動域が、別紙「肢体の障害関係の測定方法」による参考可動域の2分の1以下に制限され、かつ、筋力が半減しているもの）をいう。

なお、認定に当たっては、一下肢のみに障害がある場合に比して日常生活における動作に制約が加わることから、その動作を考慮して総合的に認定する。

エ 「関節の用を廃したもの」とは、関節の他動可動域が健側の他動可動域の2分の1以下に制限されたもの又はこれと同程度の障害を残すもの（例えば、常時（起床より就寝まで）固定装具を必要とする程度の動揺関節）をいう。

オ 日常生活における動作は、おおむね次のとおりである。

(ア) 片足で立つ

(イ) 歩く（屋内）

(ウ) 歩く（屋外）

(エ) 立ち上がる

(オ) 階段を上る

(カ) 階段を下りる

(2) 欠損障害

ア 「足関節以上で欠くもの」とは、ショパール関節以上で欠くものをいう。

イ 「趾を欠くもの」とは、中足趾節関節（MP）から欠くものをいう。

(3) 関節可動域の測定方法、関節の運動及び関節可動域等の評価

測定方法については、別紙「肢体の障害関係の測定方法」による。

ア 関節の運動に関する評価については、各関節の主要な運動を重視し、他の運動については、参考とする。

なお、各関節の主要な運動は次のとおりである。

| 部 位   | 主要な運動 |
|-------|-------|
| 股 関 節 | 屈曲・伸展 |
| 膝 関 節 | 屈曲・伸展 |
| 足 関 節 | 背屈・底屈 |
| 足 指   | 屈曲・伸展 |

イ 関節可動域の評価は、原則として、健側の関節可動域と比較して患側の障害の程度を評価する。

ただし、両側に障害を有する場合にあっては、別紙「肢体の障害関係の測定方法」による参考可動域を参考とする。

ウ 各関節の評価に当たっては、単に関節可動域のみでなく、次の諸点を考慮した上で評価する。

(ア) 筋力 (イ) 巧緻性 (ウ) 速さ (エ) 耐久性

なお、他動可動域による評価が適切ではないもの（例えば、末梢神経損傷を原因として関節を可動させる筋が弛緩性の麻痺となっているもの）については、上記諸点を考慮し、日常生活における動作の状態から下肢の障害を総合的に認定する。

(4) 人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものは、そう入置換した状態で認定を行うものとする。

### 第3 体幹の障害

#### 1 認定基準

体幹の障害については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの                                                  |
|       | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの                                                                     |
|       | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

#### 2 認定要領

##### (1) 体幹の障害

体幹の機能障害は、高度体幹麻痺を後遺した脊髄性小児麻痺、脳性麻痺などによって生じるものである。

ア 「体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの」とは、腰掛、正座、あぐら、横すわりのいずれもができないものをいい、「体幹の機能に立ち上がることができない程度の障害を有するもの」とは、臥位又は坐位から自力のみで立ち上れず、他人、柱、杖、その他の器物の介護又は補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害をいう。

イ 「体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの」とは、室内においては、杖、松葉杖、その他の補助用具を必要とせず、起立移動が可能であるが、野外ではこれらの補助用具の助けをかりる必要がある程度の障害をいう。

### 第4 肢体の機能の障害

#### 1 認定基準

肢体の機能の障害については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

## 2 認定要領

- (1) 肢体の障害が上肢及び下肢などの広範囲にわたる障害（脳血管障害、脊髄損傷等の脊髄の器質障害、進行性筋ジストロフィー等）の場合には、本節「第1 上肢の障害」、「第2 下肢の障害」及び「第3 体幹の障害」に示したそれぞれの認定基準と認定要領によらず、「第4 肢体の機能の障害」として認定する。
- (2) 肢体の機能の障害の程度は、関節可動域、筋力、巧緻性、速さ、耐久性を考慮し、日常生活における動作の状態から身体機能を総合的に認定する。  
 なお、他動可動域による評価が適切ではないもの（例えば、末梢神経損傷を原因として関節を可動させる筋が弛緩性の麻痺となっているもの）については、筋力、巧緻性、速さ、耐久性を考慮し、日常生活における動作の状態から身体機能を総合的に認定する。
- (3) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                    |
|-------|----------------------------------------------|
| 1 級   | 1 一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの<br>2 四肢の機能に相当程度の障害を残すもの |
| 2 級   | 1 一上肢及び一下肢の機能に相当程度の障害を残すもの<br>2 四肢に機能障害を残すもの |

(注) 肢体の機能の障害が両上肢、一上肢、両下肢、一下肢、体幹の範囲内に限られている場合には、それぞれの認定基準と認定要領によって認定すること。

なお、肢体の機能の障害が上肢及び下肢の広範囲にわたる場合であって、上肢と下肢の障害の状態が相違する場合には、障害の重い肢で障害の程度を判断し、認定すること。

- (4) 日常生活における動作と身体機能との関連は、厳密に区別することができないが、おおむね次のとおりである。

### ア 手指の機能

- (ア) つまむ（新聞紙が引き抜けない程度）
- (イ) 握る（丸めた週刊誌が引き抜けない程度）
- (ウ) タオルを絞る（水をきれる程度）
- (エ) ひもを結ぶ

### イ 上肢の機能

- (ア) さじで食事をする
- (イ) 顔を洗う（顔に手のひらをつける）
- (ウ) 用便の処置をする（ズボンの前のところに手をやる）
- (エ) 用便の処置をする（尻のところに手をやる）
- (オ) 上衣の着脱（かぶりシャツを着て脱ぐ）
- (カ) 上衣の着脱（ワイシャツを着てボタンをとめる）

ウ 下肢の機能

- (ア) 片足で立つ
- (イ) 歩く（屋内）
- (ウ) 歩く（屋外）
- (エ) 立ち上がる
- (オ) 階段を上る
- (カ) 階段を下りる

なお、手指の機能と上肢の機能とは、切り離して評価することなく、手指の機能は、上肢の機能の一部として取り扱う。

- (5) 身体機能の障害の程度と日常生活における動作の障害との関係を参考として示すと、次のとおりである。

ア 「用を全く廃したもの」とは、日常生活における動作のすべてが「一人で全くできない場合」又はこれに近い状態をいう。

イ 「機能に相当程度の障害を残すもの」とは、日常生活における動作の多くが「一人で全くできない場合」又は日常生活における動作のほとんどが「一人でできるが非常に不自由な場合」をいう。

ウ 「機能障害を残すもの」とは、日常生活における動作の一部が「一人で全くできない場合」又はほとんどが「一人でできてもやや不自由な場合」をいう。

## 第7節／精神の障害

精神の障害による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

精神の障害については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                      |
|-------|--------------------------------|
| 1 級   | 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの |
| 2 級   | 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの |

精神の障害の程度は、その原因、諸症状、治療及びその病状の経過、具体的な日常生活状況等により、総合的に認定するものとし、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に該当するものと認定する。

精神の障害は、多種であり、かつ、その症状は同一原因であっても多様である。

したがって、認定に当たっては具体的な日常生活状況等の生活上の困難を判断するとともに、その原因及び経過を考慮する。

### 2 認定要領

精神の障害は、「統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害」、「気分（感情）障害」、「症状性を含む器質性精神障害」、「てんかん」、「知的障害」、「発達障害」に区分する。

症状性を含む器質性精神障害、てんかんであって、妄想、幻覚等のあるものについては、「A 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害並びに気分（感情）障害」に準じて取り扱う。

#### A 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害並びに気分（感情）障害

- (1) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                          |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 1 統合失調症によるものにあつては、高度の残遺状態又は高度の病状があるため高度の人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験が著明なため、常時の援助が必要なもの |

|     |                                                                                                                                                                              |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|     | 2 気分（感情）障害によるものにあつては、高度の気分、意欲・行動の障害及び高度の思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするため、常時の援助が必要なもの                                                                                  |
| 2 級 | 1 統合失調症によるものにあつては、残遺状態又は病状があるため人格変化、思考障害、その他妄想・幻覚等の異常体験があるため、日常生活が著しい制限を受けるもの<br>2 気分（感情）障害によるものにあつては、気分、意欲・行動の障害及び思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり又はひんぱんに繰り返したりするため、日常生活が著しい制限を受けるもの |

- (2) 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害並びに気分（感情）障害の認定に当たっては、次の点を考慮のうえ慎重に行う。

ア 統合失調症は、予後不良の場合もあり、施行令別表第3に定める障害の状態に該当すると認められるものが多い。しかし、罹病後数年ないし十数年の経過中に症状の好転を見ることがあり、また、その反面急激に増悪し、その状態を持続することもある。したがって、統合失調症として認定を行うものに対しては、発病時からの療養及び症状の経過を十分考慮する。

イ 気分（感情）障害は、本来、症状の著明な時期と症状の消失する時期を繰り返すものである。したがって、現症のみによって認定することは不十分であり、症状の経過及びそれによる日常生活活動等の状態を十分考慮する。

また、統合失調症等とその他認定の対象となる精神疾患が併存しているときは、併合認定の取扱いを行わず、諸症状を総合的に判断して認定する。

- (3) 日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能を考慮の上、社会的な適応性の程度によって判断するよう努める。
- (4) 人格障害は、原則として認定の対象とならない。
- (5) 神経症にあつては、その症状が長期間持続し、一見重症なものであっても、障害の状態とは評価しない。（その臨床症状から判断して精神病の病態を示しているものについては、統合失調症又は気分（感情）障害に準じて取り扱う。）
- なお、認定に当たっては、精神病の病態が ICD-10 による病態区分のどの区分に属す病態であるかを考慮し判断すること。

## B 症状性を含む器質性精神障害

- (1) 症状性を含む器質性精神障害（高次脳機能障害を含む。）とは、先天異常、頭部外傷、変性疾患、新生物、中枢神経等の器質障害を原因として生じる精神障害に、膠原病や内分泌疾患を含む全身疾患による中枢神経障害等を原因として生じる症状性の精神障害を含むものである。

なお、アルコール、薬物等の精神作用物質の使用による精神及び行動の障害（以下「精神作用物質使用による精神障害」という。）についてもこの項に含める。

また、症状性を含む器質性精神障害とその他認定の対象となる精神疾患が併存しているときは、併合認定の取扱いを行わず、諸症状を総合的に判断して認定する。

- (2) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                       |
|-------|-------------------------------------------------|
| 1 級   | 高度の認知障害、高度の人格変化、その他の高度の精神神経症状が著明なため、常時の援助が必要なもの |
| 2 級   | 認知障害、人格変化、その他の精神神経症状が著明なため、日常生活が著しい制限を受けるもの     |

- (3) 脳の器質障害については、精神障害と神経障害を区分して考えることは、その多岐にわたる臨床症状から不能であり、原則としてそれらの諸症状を総合して、全体像から総合的に判断して認定する。
- (4) 精神作用物質使用による精神障害  
 ア アルコール、薬物等の精神作用物質の使用により生じる精神障害について認定するものであって、精神病性障害を示さない急性中毒及び明らかな身体依存の見られないものは、認定の対象とならない。  
 イ 精神作用物質使用による精神障害は、その原因に留意し、発病時からの療養及び症状の経過を十分考慮する。
- (5) 高次脳機能障害とは、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、日常生活又は社会生活に制約があるものが認定の対象となる。その障害の主な症状としては、失語、失行、失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などがある。なお、障害の状態は、代償機能やリハビリテーションにより好転も見られることから療養及び症状の経過を十分考慮する。  
 また、失語の障害については、「第5節 言語機能の障害」の認定要領により認定する。
- (6) 日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能を考慮の上、社会的な適応性の程度によって判断するよう努める。

#### C てんかん

- (1) てんかん発作は、部分発作、全般発作、未分類てんかん発作などに分類されるが、具体的に出現する臨床症状は多彩である。  
 また、発作頻度に関しても、薬物療法によって完全に消失するものから、難治性てんかんと呼ばれる発作の抑制できないものまで様々である。  
 さらに、てんかん発作は、その重症度や発作頻度以外に、発作間欠期においても、それに起因する様々な程度の精神神経症状や認知障害などが、稀ならず出現することに留意する必要がある。
- (2) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                        |
|-------|--------------------------------------------------|
| 1 級   | 十分な治療にかかわらず、てんかん性発作を極めてひんぱんに繰り返すため、常時の援助が必要なもの   |
| 2 級   | 十分な治療にかかわらず、てんかん性発作をひんぱんに繰り返すため、日常生活が著しい制限を受けるもの |

(注) てんかんは、発作と精神神経症状及び認知障害が相まって出現することに留意が必要。また、精神神経症状及び認知障害については、前記「B 症状性を含む器質性精神障害」に準じて認定すること。

- (3) てんかんの認定に当たっては、発作のみに着眼することなく、てんかんの諸症状、社会適応能力、具体的な日常生活状況等の他の要因を含め、全体像から総合的に判断して認定する。  
 様々なタイプのてんかん発作が出現し、発作間欠期に精神神経症状や認知障害を有する場合には、治療及び病状の経過、日常生活状況等によっては、さらに上位等級に認定する。  
 また、てんかん与其他認定の対象となる精神疾患が併存しているときは、併合認定の取扱いを行わず、諸症状を総合的に判断して認定する。
- (4) てんかん発作については、抗てんかん薬の服用や、外科的治療によって抑制される場合にあっては、原則として認定の対象にならない。
- (5) 日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能を考慮の上、社会的な適応性の程度によって判断するよう努める。

#### D 知的障害

- (1) 知的障害とは、知的機能の障害が発達期（おおむね18歳まで）にあらわれ、日常生活に持続的な支障が生じているため、何らかの特別な援助を必要とする状態にあるものをいう。
- (2) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                               |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 知的障害があり、食事や身のまわりのことを行うのに全面的な援助が必要であって、かつ、会話による意思の疎通が不可能か著しく困難であるため、日常生活が困難で常時援助を必要とするもの |
| 2 級   | 知的障害があり、食事や身のまわりのことなどの基本的な行為を行うのに援助が必要であって、かつ、会話による意思の疎通が簡単なものに限られるため、日常生活にあたって援助が必要なもの |

なお、この場合における精神発達遅滞の1級と2級の程度を例示すれば、標準化された知能検査による知能指数がおおむね35以下のものが1級に、おおむね50以下のものが2級に相当すると考えられる。

- (3) 知的障害の認定に当たっては、知能指数のみに着眼することなく、日常生活のさまざまな場面における援助の必要度を勘案して総合的に判断する。  
また、知的障害とその他認定の対象となる精神疾患が併存しているときは、併合認定の取扱いを行わず、諸症状を総合的に判断して認定する。
- (4) 日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能を考慮の上、社会的な適応性の程度によって判断するよう努める。

#### E 発達障害

- (1) 発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものをいう。
- (2) 発達障害については、たとえ知能指数が高くても社会行動やコミュニケーション能力の障害により対人関係や意思疎通を円滑に行うことができないために日常生活に著しい制限を受けることに着目して認定を行う。  
また、発達障害とその他認定の対象となる精神疾患が併存しているときは、併合認定の取扱いを行わず、諸症状を総合的に判断して認定する。
- (3) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                   |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 発達障害があり、社会性やコミュニケーション能力が欠如しており、かつ、著しく不適応な行動が見られるため、日常生活への適応が困難で常時援助を必要とするもの |
| 2 級   | 発達障害があり、社会性やコミュニケーション能力が乏しく、かつ、不適応な行動が見られるため、日常生活への適応にあたって援助が必要なもの          |

- (4) 日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能を考慮の上、社会的な適応性の程度によって判断するよう努める。

#### 第8節／神経系統の障害

神経系統の障害による障害の程度は、次により認定する。

## 1 認定基準

神経系統の障害については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

## 2 認定要領

- (1) 肢体の障害の認定は、本章「第6節 肢体の障害」に示した認定要領に基づいて認定を行う。
- (2) 脳の器質障害については、神経障害と精神障害を区別して考えることは、その多岐にわたる臨床症状から不能であり、原則としてそれらの諸症状を総合し、全体像から総合的に判断して認定する。

## 第9節／呼吸器疾患

呼吸器疾患による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

呼吸器疾患の障害については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

呼吸器疾患の障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績（胸部X線所見、動脈血ガス分析値等）、一般状態、治療及び病状の経過、年齢、合併症の有無及び程度、具体的な日常生活状況等により総合的に認定するものとし、当該疾病の認定の時期以後少なくとも1年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたり安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に該当するものと認定する。

また、呼吸器疾患による障害の認定の対象は、そのほとんどが慢性呼吸不全によるものであり、特別な取扱いを要する呼吸器疾患として肺結核・気管支喘息があげられる。

## 2 認定要領

呼吸器疾患は、肺結核と呼吸不全に区分する。

### A 肺結核

- (1) 肺結核による障害の程度は、病状判定及び機能判定により認定する。

- (2) 肺結核の病状による障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績（胸部X線所見、動脈血ガス分析値等）、排菌状態（喀痰等の塗抹、培養検査等）、一般状態、治療及び病状の経過、年齢、合併症の有無及び程度、具体的な日常生活状況等により総合的に認定する。
- (3) 病状判定により各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                                                                                                                                           |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 認定の時期前6ヵ月以内に常時排菌があり、胸部X線所見が日本結核病学会病型分類（以下「学会分類」という。）のⅠ型（広汎空洞型）又はⅡ型（非広汎空洞型）、Ⅲ型（不安定非空洞型）で病巣の拡がりが3（大）であるもので、かつ、長期にわたる高度の安静と常時の介助を必要とするもの                                                                               |
| 2 級   | <p>1 認定の時期前6ヵ月以内に排菌がなく、学会分類のⅠ型若しくはⅡ型又はⅢ型で病巣の拡がりが3（大）であるもので、かつ、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とするもの</p> <p>2 認定の時期前6ヵ月以内に排菌があり、学会分類のⅢ型で病巣の拡がりが1（小）又は2（中）であるもので、かつ、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とするもの</p> |

- (4) 肺結核に他の結核又は他の疾病が合併している場合は、その合併症の軽重、治療法、従来の経過等を勘案した上、具体的な日常生活状況等を十分考慮して、総合的に認定する。
- (5) 肺結核及び肺結核後遺症の機能判定による障害の程度は、「B 呼吸不全」の認定要領によって認定する。

## B 呼吸不全

- (1) 呼吸不全とは、原因のいかんを問わず、動脈血ガス分析値、特に動脈血O<sub>2</sub>分圧と動脈血CO<sub>2</sub>分圧が異常で、そのために生体が正常な機能を営み得なくなった状態をいう。  
認定の対象となる病態は、主に慢性呼吸不全である。  
慢性呼吸不全を生ずる疾患は、閉塞性換気障害（肺気腫、気管支喘息、慢性気管支炎等）、拘束性換気障害（間質性肺炎、肺結核後遺症、じん肺等）、心血管系異常、神経・筋疾患、中枢神経系異常等多岐にわたり、肺疾患のみが対象疾患ではない。
- (2) 呼吸不全の主要症状としては、咳、痰、喘鳴、胸痛、労作時の息切れ等の自覚症状、チアノーゼ、呼吸促迫、低酸素血症等の他覚所見がある。
- (3) 検査成績としては、動脈血ガス分析値、予測肺活量1秒率及び必要に応じて行う運動負荷肺機能検査等がある。
- (4) 動脈血ガス分析値及び予測肺活量1秒率の異常の程度を参考として示すと次のとおりである。  
なお、動脈血ガス分析値の測定に当たっては、安静時室内空気下により行うものとする。

A表 動脈血ガス分析値

| 区分 | 検 査 項 目               | 単位   | 中等度異常 | 高 度 異 常 |
|----|-----------------------|------|-------|---------|
| 1  | 動脈血O <sub>2</sub> 分圧  | Torr | 60～56 | 55以下    |
| 2  | 動脈血CO <sub>2</sub> 分圧 | Torr | 51～59 | 60以上    |

（注）病状判定に際しては、動脈血O<sub>2</sub>分圧値を重視する。

B表 予測肺活量1秒率

| 検 査 項 目         | 単位 | 中等度異常 | 高度異常 |
|-----------------|----|-------|------|
| 予 測 肺 活 量 1 秒 率 | %  | 30～21 | 20以下 |

- (5) 呼吸不全による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。  
一般状態区分表

| 区 分 | 一 般 状 態                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| ア   | 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         |
| イ   | 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 |
| ウ   | 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             |

- (6) 呼吸不全による各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                          |
|-------|----------------------------------------------------|
| 1 級   | 前記4のA表及びB表の検査成績が高度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの     |
| 2 級   | 前記4のA表及びB表の検査成績が中等度異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの |

なお、呼吸不全の障害の程度の判定は、A表の動脈血ガス分析値を優先するが、その他の検査成績等も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

- (7) 慢性気管支喘息については、症状が安定している時期における症状の程度、使用する薬剤、酸素療法の有無、検査所見、具体的な日常生活状況などを把握して、総合的に認定することとし、各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                                       |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 最大限の薬物療法を行っても発作強度が大発作となり、無症状の期間がなく一般状態区分表のウに該当する場合であって、予測肺活量1秒率が高度異常（測定不能を含む）、かつ、動脈血ガス分析値が高度異常で常に在宅酸素療法を必要とするもの |
| 2 級   | 呼吸困難を常に認める。常時とは限らないが、酸素療法を必要とし、一般状態区分表のイ又はアに該当する場合であって、経口ステロイド薬の連用を必要とするもの                                      |

(注1) 上記表中の症状は、的確な喘息治療を行い、なおも、その症状を示すものであること。

(注2) 喘息は疾患の性質上、肺機能や血液ガスだけで重症度を弁別することには無理がある。このため、臨床症状、治療内容を含めて総合的に判定する必要がある。

- (注3)「喘息＋肺気腫（COPD）」あるいは、「喘息＋肺腺維症」については、呼吸不全の基準で認定する。
- (8) 常時（24時間）の在宅酸素療法を施行中のものについては、原則として2級と認定する。
- (9) 原発性肺高血圧症や慢性肺血栓塞栓症等の肺血管疾患については、前記(4)のA表及び認定時の具体的な日常生活状況等によって、総合的に認定する。

## 第10節／心疾患

心疾患による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

心疾患については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

心疾患による障害の程度は、呼吸困難、心悸亢進、尿量減少、夜間多尿、チアノーゼ浮腫等の臨床症状、X線、心電図等の検査成績、一般状態、治療及び病状の経過等により、総合的に認定するものとし、当該疾病の認定の時期以後少なくとも1年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたる安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に該当するものと認定する。

### 2 認定要領

- (1) この節に述べる心疾患とは、心臓だけではなく、血管を含む循環器疾患を指すものである。

心疾患による障害は、先天性心疾患、心筋・心膜疾患、後天性弁疾患、難治性不整脈、虚血性心疾患（心筋梗塞、狭心症）に区分する。

- (2) 心疾患の障害等級の認定は、最終的には心臓機能が慢性的に障害された慢性心不全の状態及び低酸素状態（チアノーゼ）を評価することである。この状態は先天性心疾患や後天性弁疾患、心筋・心膜疾患などのあらゆる心疾患の終末像である。この末期像には手術後も含まれる。

慢性心不全とは、心臓のポンプ機能の障害により、体の末梢組織への血液供給が不十分となった状態を意味する。左心室、右心室双方の障害を考慮に入れなければならない。左心室系の障害により、動悸や息切れ、肺うっ血による呼吸困難、チアノーゼなどが、右心室系の障害により、全身倦怠感や浮腫、尿量減少、頸静脈怒張などの症状が出現する。

先天性心疾患では、これらに加え、単心室機能障害、右左短絡による低酸素状態、フォンタン循環による慢性心不全などが加わる。

- (3) 心疾患の主要症状としては、胸痛、動悸、呼吸困難、失神等の自覚症状、浮腫、チアノーゼ、持続する咳嗽、喘鳴、低酸素（チアノーゼ）発作等の他覚所見がある。

臨床所見には、自覚症状（心不全に基づく）と他覚所見があるが、後者は医師の診察により得られた客観的症状なので常に自覚症状と連動しているか否かに留意する必要がある（以下、各心疾患に同じ）。

ただし、乳幼児の場合、精神発達遅滞が併存する場合は、この限りではない。重症度は、心電図、心エコー図・カテーテル検査、動脈血ガス分析値（酸素飽和度は経皮酸素飽和度での代用可能）も参考とする。

- (4) 検査成績としては、血液検査（BNP値）、心電図、心エコー図、胸部X線写真、X線CT、MRI等、核医学検査、循環動態検査、心カテーテル検査（心カテーテル法、心血管造影法、冠動脈造影法等）等がある。
- (5) 肺血栓塞栓症、肺動脈性肺高血圧症は、心疾患による障害として認定する。
- (6) 心血管疾患が重複している場合には、客観的所見に基づいた日常生活能力等の程度を十分考慮して総合的に認定する。
- (7) 心疾患の検査での異常検査所見を一部示すと、次のとおりである。

| 区 分 | 異 常 検 査 所 見                                                       |
|-----|-------------------------------------------------------------------|
| ア   | LevineⅢ度以上の器質的雑音が認められるもの                                          |
| イ   | 安静時の心電図において、0.2mV以上のSTの低下もしくは年齢に見合わない異常陰性T波の所見のあるもの               |
| ウ   | 負荷心電図などで明らかな心筋虚血所見があるもの                                           |
| エ   | 胸部X線上で心胸郭係数60%以上又は明らかな肺静脈性うっ血所見や間質性肺水腫のあるもの                       |
| オ   | 心電図で明らかな右室肥大、左室肥大または両室肥大所見があるもの                                   |
| カ   | 心電図で、重症な頻脈性又は徐脈性不整脈所見のあるもの                                        |
| キ   | 体心室（体血圧を維持する心室）の駆出率(EF)40%以下のもの                                   |
| ク   | BNP(脳性ナトリウム利尿ペプチド)が200pg/mL相当を超えるもの                               |
| ケ   | 重症冠動脈狭窄病変で左主幹部又は右冠動脈(S1から3)に50%以上の狭窄、あるいは、3本の主要冠動脈に75%以上の狭窄を認めるもの |
| コ   | 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があり、かつ、今日まで狭心症状を有するもの                                |
| サ   | 経皮酸素飽和度が90%以下であるもの                                                |

(注1) 原則として、異常検査所見があるもの全てについて、それに該当する心電図等を提出(添付)させること。

(注2) 「キ」についての補足

心不全の原因には、収縮機能不全と拡張機能不全とがある。

近年、心不全症例の約40%はEF値が保持されており、このような例での心不全は左室拡張不全機能障害によるものとされている。しかしながら、現時点において拡張機能不全を簡便に判断する検査法は確立されていない。左室拡張末期圧基準値(5-12 mmHg)をかなり超える場合、パルスドプラ法による左室流入血流速度波形を用いる方法が一般的である。この血流速度波形は急速流入期血流速度波形(E波)と心房収縮期血流速度波形(A波)からなり、E/A比が1.5以上の場合、重度の拡張機能障害といえる。ただし、15歳未満はこれを適応しない。

(注3) 「ケ」についての補足

すでに冠動脈血行再建が完了している場合を除く。

- (8) 心疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。  
一般状態区分表

| 区 分 | 一 般 状 態                                                             |
|-----|---------------------------------------------------------------------|
| ア   | 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        |
| イ   | 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%以上は就床しており、自力では屋外への外出がほぼ不可能となったもの |
| ウ   | 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            |

- (9) 前記(7)のいずれか2つ以上の異常検査所見があり、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの、又は乳児で著しい体重増加の障害（標準体重の80%以下のもの）を1級と、(7)のいずれか1つの異常検査所見があり、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するものを2級と認定する。
- (10) 各疾患によって用いられる検査が異なっており、また、特殊検査も多いため、診断書上に適切に症状をあらわしていると思われる検査成績が記載されているときは、その検査成績も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

## 第11節／腎疾患

腎疾患による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

腎疾患については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

腎疾患による障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績、一般状態、治療及び病状の経過、人工透析療法の実施状況、具体的な日常生活状況等により、総合的に認定するものとし、当該疾病の認定の時期以後少なくとも1年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたる安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に該当するものと認定する。

### 2 認定要領

- (1) 腎疾患による障害の認定の対象はそのほとんどが、慢性腎不全に対する認定である。  
慢性腎不全とは、慢性腎疾患によって腎機能障害が持続的に徐々に進行し、生体が正常に維持できなくなった状態をいう。  
すべての腎疾患は、長期に経過すれば腎不全に至る可能性がある。その原因となる腎疾患の中で最も多いものは、先天性腎尿路奇形、遺伝性腎障害であるが、他にも巢

状糸球体硬化症、先天性ネフローゼ症候群、多発性嚢胞腎、慢性腎炎、糖尿病性腎症、膠原病、急性腎障害後の慢性腎不全等がある。

- (2) 腎疾患の主要症状としては、悪心、嘔吐、食欲不振、頭痛等の自覚症状、浮腫、貧血、アシドーシス、発育障害等の他覚所見がある。
- (3) 検査としては、尿検査、血球算定検査、血液生化学検査（血清尿素窒素、血清クレアチニン、血清電解質、血清シスタチンC等）、血液ガス分析、推算糸球体濾過値（eGFR）、腎生検等がある。
- (4) 病態別に検査項目及び異常値の一部を示すと次のとおりである。
- ① 慢性腎不全

| 区分 | 検査項目           | 単位   | 中等度異常        | 高度異常 |
|----|----------------|------|--------------|------|
| ア  | 内因性クレアチンクリアランス | ml/分 | 15以上<br>30未満 | 15未満 |
| イ  | e G F R        | ml/分 | 15以上30未満     | 15未満 |

(注) 小児において血清クレアチニン基準値が低く、年齢や性別でも基準値が異なることから、日本小児腎臓病学会による日本人小児の eGFR 計算法を用いて eGFR を算出すること。

内因性クレアチンクリアランスは、最も正確な測定法であるイヌリンクリアランスによる糸球体濾過値（GFR）よりも高値に出てしまう傾向があるため、イが30未満の時には中等度異常と取り扱うことも可能とする。

② ネフローゼ症候群

| 区分 | 検査項目         | 単位                   | 異常    |
|----|--------------|----------------------|-------|
| ア  | 血清アルブミン      | g/d l                | 2.5以下 |
| イ  | 早朝尿蛋白／クレアチン比 | g/g クレアチン            | 2.0以上 |
| ウ  | 夜間尿蓄尿蛋白量     | mg/hr/m <sup>2</sup> | 40以上  |

- (5) 腎疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。
- 一般状態区分表

| 区 分 | 一 般 状 態                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| ア   | 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         |
| イ   | 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 |
| ウ   | 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             |

(6) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                                                                           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 1 前記(4)①の検査成績が高度異常を1つ以上示すもので、かつ一般状態区分表のウに該当するもの<br>2 前記(4)②の検査成績のうちアが異常を示し、かつ、イ又はウのいずれかが異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの                                |
| 2 級   | 1 前記(4)①の検査成績が中等度又は高度の異常を1つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの<br>2 前記(4)②の検査成績のうちアが異常を示し、かつ、イ又はウのいずれかが異常を示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの<br>3 人工透析療法施行中のもの |

(7) 人工透析療法施行中のものについては、原則として2級と認定する。

なお、主要症状、人工透析療法施行中の検査成績、長期透析による合併症の有無とその程度、具体的な日常生活状況等によっては、さらに上位等級に認定する。

(8) 検査成績は、その性質上変動しやすいものであるもので、腎疾患の経過中において最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて認定を行うものとする。

(9) 糸球体腎炎（ネフローゼ症候群を含む。）、多発性嚢胞腎、腎盂腎炎、先天性腎尿路奇形、遺伝性腎障害、巣状糸球体硬化症、先天性ネフローゼ症候群、急性腎障害等に罹患し、その後慢性腎不全を生じたものは、両者の期間が長いものであっても、相当因果関係があるものと認められる。

(10) 腎疾患は、その原因疾患が多岐にわたり、それによって生じる臨床所見、検査所見も、また様々なので、前記(4)の検査成績によるほか、合併症の有無とその程度、他の一般検査及び特殊検査の検査成績、治療及び病状の経過等も参考として、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して総合的に認定する

(11) 腎臓移植の取扱い

ア 腎臓移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、治療経過、検査成績及び予後等を十分に考慮して総合的に認定する。

イ 特別児童扶養手当を支給されている児童が腎臓移植を受けた場合は、臓器が生着し、安定的に機能するまでの間を考慮して術後1年間は従前の等級とする。

## 第12節／肝疾患

肝疾患による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

肝疾患については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの |
|       |                                                                            |

|     |                                                                                                |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2 級 | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------|

肝疾患による障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績、一般状態、治療及び病状の経過、具体的な日常生活状況等により、総合的に認定するものとし、当該疾病の認定の時期以後少なくとも1年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたる安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に該当するものと認定する。

## 2 認定要領

- (1) 肝疾患による障害の認定の対象は、慢性肝炎と慢性かつびまん性の肝疾患の結果生じた肝硬変症及びそれに付随する病態（食道・胃などの静脈瘤、特発性細菌性腹膜炎、肝がんを含む。）である。  
肝硬変では、一般に肝は萎縮し肝全体が高度の線維化のため硬化してくる。  
肝硬変の原因として、B型肝炎ウイルスあるいはC型肝炎ウイルスによるウイルス性慢性肝炎やその他自己免疫性肝炎による肝硬変、胆道閉鎖症及びその手術後が原因となった胆汁うっ滞型肝硬変、代謝性肝硬変（ウイルソン病、ヘモクロマトーシス）等がある。
- (2) 肝疾患の主要症状としては、易疲労感、全身倦怠感、腹部膨満感、発熱、食欲不振、悪心、嘔吐、皮膚そう痒感、吐血、下血、有痛性筋痙攣等の自覚症状、肝萎縮、脾腫大、浮腫、腹水、黄疸、腹壁静脈怒張、食道・胃静脈瘤、肝性脳症、出血傾向等の他覚所見がある。
- (3) 検査成績としては、まず、血球算定検査、血液生化学検査が行われるが、さらに、血液凝固系検査、免疫学的検査、超音波検査、CT・MRI検査、腹腔鏡検査、肝生検、上部消化管内視鏡検査等が行われる。
- (4) 肝疾患での重症度判定の検査項目及び臨床所見並びに異常値の一部を示すと次のとおりである。

| 検査項目／臨床所見               | 基準値     | 中等度の異常     | 高度異常    |
|-------------------------|---------|------------|---------|
| 血清総ビリルビン(mg/dl)         | 0.3～1.2 | 2.0以上3.0以下 | 3.0超    |
| 血清アルブミン(g/dl)<br>(BCG法) | 4.2～5.1 | 3.0以上3.5以下 | 3.0未満   |
| 血小板数(万/ $\mu$ l)        | 13～35   | 5以上10未満    | 5未満     |
| プロトロンビン時間(PT)(%)        | 70超～130 | 40以上70以下   | 40 未満   |
| 腹 水                     | —————   | 腹水あり       | 難治性腹水あり |
| 脳 症 (表1)                | —————   | I 度        | II 度以上  |

表1 昏睡度分類

| 昏睡度 | 精神症状                                         | 参考事項            |
|-----|----------------------------------------------|-----------------|
| I   | 睡眠-覚醒リズムの逆転<br>多幸気分ときに抑うつ状態<br>だらしく、気にとめない態度 | あとでふり返ってみて判定できる |

|     |                                                                                                      |                                         |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| II  | 指南力（時、場所）障害、物を取り違える（confusion）<br>異常行動<br>ときに傾眠状態（普通のよびかけで開眼し会話ができる）<br>無礼な言動があったりするが、他人の指示に従う態度をみせる | 興奮状態がない<br>尿便失禁がない<br>羽ばたき振戦あり          |
| III | しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴い、反抗的態度をみせる<br>嗜眠状態（ほとんど眠っている）<br>外的刺激で開眼しうるが、他人の指示に従わない、または従えない（簡単な命令には応じえる）      | 羽ばたき振戦あり<br>（患者の協力がえられる場合）<br>指南力は高度に障害 |
| IV  | 昏睡（完全な意識の消失）<br>痛み刺激に反応する                                                                            | 刺激に対して、払いのける動作、顔をしかめるなどがみられる            |
| V   | 深昏睡<br>痛み刺激にも全く反応しない                                                                                 |                                         |

- (5) 肝疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。  
一般状態区分表

| 区 分 | 一 般 状 態                                                               |
|-----|-----------------------------------------------------------------------|
| ア   | 歩行や身のまわりのことはできるが、時に少し介助が必要な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          |
| イ   | 身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助が必要で、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 |
| ウ   | 身のまわりのこともできず、常に介助を必要とし、終日就床を強いられ、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの               |

- (6) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                       |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 前記(4)の検査成績及び臨床所見のうち高度異常を3つ以上示すもの又は高度異常を2つ及び中等度の異常を2つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの |
| 2 級   | 前記(4)の検査成績及び臨床所見のうち中等度又は高度の異常を3つ以上示すもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの                  |

なお、障害の程度の判定に当たっては、前記(4)の検査成績及び臨床所見によるほか、他覚所見他の一般検査及び特殊検査の検査成績、治療及び病状の経過等も参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

- (7) 検査成績は、その性質上変動しやすいので、肝疾患の経過中において、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて認定を行うものとする。  
(8) 食道・胃などの静脈瘤については、吐血・下血の既往、治療歴の有無及びその頻度、

治療効果を参考とし、(4)に掲げる検査項目及び臨床所見の異常に加えて、総合的に認定する。特発性細菌性腹膜炎についても、同様とする。

- (9) 肝がんについては、(4)に掲げる検査項目及び臨床所見の異常に加えて肝がんによる障害を考慮し、本節及び「第15節／悪性新生物」の認定要領により認定する。ただし、(4)に掲げる検査項目及び臨床所見の異常がない場合は、第15節の認定要領により認定する。

(10) 肝臓移植の取扱い

ア 肝臓移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、治療経過、検査成績及び予後等を十分に考慮して総合的に認定する。

イ 特別児童扶養手当を支給されていた児童が、肝臓移植を受けた場合は、臓器が生着し、安定的に機能するまでの間を考慮して術後1年間は従前の等級とする。

## 第13節／血液・造血器疾患

血液・造血器疾患による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

血液・造血器疾患については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

血液・造血器疾患による障害の程度は、自覚症状、他覚所見、検査成績、一般状態、治療及び症状の経過等（薬物療法による症状の消長の他、薬物療法に伴う合併症等）、具体的な日常生活状況等により、総合的に認定するものとし、当該疾病の認定の時期以後少なくとも1年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたる安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に該当するものと認定する。

### 2 認定要領

- (1) 血液・造血器疾患は、臨床像から血液・造血器疾患を次のように大別する。

ア 赤血球系・造血不全疾患（再生不良性貧血、溶血性貧血等）

イ 血栓・止血疾患（血小板減少性紫斑病、凝固因子欠乏症等）

ウ 白血球系・造血器腫瘍疾患（白血病、悪性リンパ腫、組織球症等）

- (2) 血液・造血器疾患の主要症状としては、顔面蒼白、易疲労感、動悸、息切れ、発熱、頭痛、めまい、知覚異常、紫斑、月経過多、骨痛、関節痛等の自覚症状、黄疸、心雑音、舌の異常、易感染性、出血傾向、血栓傾向、リンパ節腫脹、肝腫、脾腫、成長・発達の障害等の他覚所見がある。

- (3) 検査としては、血球算定検査、血液生化学検査、免疫学的検査、鉄代謝検査、骨髓穿刺、血液ガス分析、超音波検査、リンパ節生検、骨髓生検、凝固系検査、染色体検査、遺伝子検査、細胞表面抗原検査、画像検査（CT検査・超音波検査、MRI検査など）等がある。

- (4) 血液・造血器疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。

一般状態区分表

| 区 分 | 一 般 状 態                         |
|-----|---------------------------------|
| ア   | 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                                         |
| イ | 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 |
| ウ | 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             |

(5) 各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                     |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | A表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅰ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のウに該当するもの    |
| 2 級   | A表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、B表Ⅱ欄に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもので、かつ、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの |

ア 赤血球系・造血不全疾患（再生不良性貧血、溶血性貧血等）

A表

| 区 分 | 臨 床 所 見                                     |
|-----|---------------------------------------------|
| Ⅰ   | 1 高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血をひんぱんに必要とするもの |
| Ⅱ   | 1 中度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの<br>2 輸血を時々必要とするもの    |

B表

| 区 分 | 検 査 所 見                                                                                                                                                                                                                             |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ⅰ   | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1)ヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの<br>(2)網赤血球数が2万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1)白血球数が1,000/μL未満のもの<br>(2)好中球数が500/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL未満のもの                                            |
| Ⅱ   | 1 末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1)ヘモグロビン濃度が7.0g/dL以上9.0g/dL未満のもの<br>(2)網赤血球数が2万/μL以上6万/μL未満のもの<br>2 末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの<br>(1)白血球数が1,000/μL以上3,000/μL未満のもの<br>(2)好中球数が500/μL以上1,000/μL未満のもの<br>3 末梢血液中の血小板数が2万/μL以上5万/μL未満のもの |

イ 血栓・止血疾患（血小板減少性紫斑病、凝固因子欠乏症等）

A表

| 区 分 | 臨 床 所 見                                          |
|-----|--------------------------------------------------|
| I   | 1 高度の出血傾向、血栓傾向又は関節症状のあるもの<br>2 補充療法をひんぱんに行っているもの |
| II  | 1 中度の出血傾向、血栓傾向又は関節症状のあるもの<br>2 補充療法を時々行っているもの    |

(注) 補充療法は、凝固因子製剤(代替医薬品やインヒビター治療薬の投与を含む。)の輸注、血小板の輸血、新鮮凍結血漿の投与などを対象にする。

B 表

| 区 分 | 検 査 所 見                                                                                    |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| I   | 1 APTT又はPTが基準値の3倍以上のもの<br>2 血小板数が2万/ $\mu$ L未満のもの<br>3 凝固因子活性が1%未満のもの                      |
| II  | 1 APTT又はPTが基準値の2倍以上3倍未満のもの<br>2 血小板数が2万/ $\mu$ L以上5万/ $\mu$ L未満のもの<br>3 凝固因子活性が1%以上5%未満のもの |

(注1) 凝固因子活性は、凝固第〔II・V・VII・VIII・IX・X・XI・XIII〕因子とフォンヴィレブランド因子のうち、最も数値の低い一因子を対象にする。

(注2) 血栓疾患、凝固因子欠乏症でインヒビターが出現している状態及び凝固第I因子(フィブリノゲン)が欠乏している状態の場合は、B表(検査所見)によらず、A表(臨床所見)、治療及び病状の経過、具体的な日常生活状況等を十分考慮し、総合的に認定する。

ウ 白血球系・造血器腫瘍疾患(白血病、悪性リンパ腫、組織球症等)

A 表

| 区 分 | 臨 床 所 見                                                                               |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| I   | 1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等の著しいもの<br>2 輸血をひんぱんに必要とするもの<br>3 治療に反応せず進行するもの |
| II  | 1 発熱、骨・関節痛、るい瘦、貧血、出血傾向、リンパ節腫脹、易感染性、肝脾腫等のあるもの<br>2 輸血を時々必要とするもの<br>3 継続的な治療が必要なもの      |

(注1) A表に掲げる治療とは、疾病に対する治療であり、輸血などの主要な症状を軽減するための治療(対症療法)は含まない。

(注2) A表に掲げる治療に伴う副作用による障害がある場合は、その程度に応じて、A表の区分を判断すること。

B 表

| 区 分 | 検 査 所 見                                                        |
|-----|----------------------------------------------------------------|
| I   | 1 末梢血液中のヘモグロビン濃度が7.0g/dL未満のもの<br>2 末梢血液中の血小板数が2万/ $\mu$ L未満のもの |

|   |                                                                                                                                                                                               |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | 3 末梢血液中の正常好中球数が500/ $\mu$ L未満のもの<br>4 末梢血液中の正常リンパ球数が300/ $\mu$ L未満のもの                                                                                                                         |
| Ⅱ | 1 末梢血液中のヘモグロビン濃度が7.0g/d L以上9.0g/d L未満のもの<br>2 末梢血液中の血小板数が2万/ $\mu$ L以上5万/ $\mu$ L未満のもの<br>3 末梢血液中の正常好中球数が500/ $\mu$ L以上1,000/ $\mu$ L未満のもの<br>4 末梢血液中の正常リンパ球数が300/ $\mu$ L以上600/ $\mu$ L未満のもの |

(6) 検査成績は、その性質上変動しやすいものであるので、血液・造血器疾患による障害の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

特に、輸血や補充療法により検査数値が一時的に改善する場合は、治療前の検査成績に基づいて行うものとする。

(7) 血液・造血器疾患の病態は、各疾患による差異に加え、個人差も大きく現れ、病態によって生じる臨床所見、検査所見も、また様々なので、認定に当たっては前記(5)のA表及びB表によるほか、他の一般検査、特殊検査及び画像診断等の検査成績、病理組織及び細胞所見、合併症の有無とその程度、治療及び病状の経過等を参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

(8) 造血幹細胞移植の取扱い

ア 造血幹細胞移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、移植片対宿主病（GVHD）の有無及びその程度、治療経過、検査成績及び予後等を十分に考慮して総合的に認定する。

イ 慢性GVHDについては、日本造血細胞移植学会（ガイドライン委員会）において作成された「造血細胞移植ガイドライン」における慢性GVHDの臓器別スコア及び重症度分類を参考にして、認定時の具体的な日常生活状況を把握し、併合（加重）認定の取扱いは行わず、諸症状を総合的に認定する。

ウ 特別児童扶養手当の支給対象となっている障害児が造血幹細胞移植を受けた場合は、移植片が生着し、安定的に機能するまでの間を考慮して術後1年間は従前の等級とする。

<参考>「造血細胞移植ガイドライン」より抜粋

表6 慢性GVHDの臓器別スコア

|         | スコア0 | スコア1                                                               | スコア2                                                            | スコア3                                                          |
|---------|------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 皮膚      | 無症状  | < 18%<br>BSA, 硬化<br>病変なし                                           | 19 ~ 50%<br>BSA あるいは浅在性硬化<br>病変（つまみ<br>あげられる）                   | > 50%<br>BSA あるいは深在性硬化<br>病変（つまみあげ<br>られない）                   |
| 口腔      | 無症状  | 軽症, 経口<br>摂取に影響<br>なし                                              | 中等症, 経口<br>摂取が軽度障<br>害される                                       | 高度障害,<br>経口摂取が<br>高度に障害<br>される                                |
| 眼       | 無症状  | 軽度 dry<br>eye。日常生<br>活に支障な<br>し（点眼1<br>日3回ま<br>で）、無症<br>状の角結膜<br>炎 | 中等度 dry<br>eye。日常生<br>活に軽度支障<br>あり（点眼1<br>日4回以上）、<br>視<br>力障害なし | 高度 dry<br>eye。日常生<br>活に高度支<br>障あり、眼<br>症状のため<br>労働不可、<br>視力障害 |
| 消化<br>管 | 無症状  | 嚥下困難,<br>食欲低下,<br>嘔気, 嘔吐,                                          | 5 ~ 15%の<br>体重減少を伴<br>う消化器症状                                    | 15%以上の<br>体重減少を伴<br>う消化器                                      |

|           |                                                                                 |                                                                   |                                                                  |                                                                     |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
|           |                                                                                 | 腹痛, 下痢,<br>5 % 以上の<br>体重減少を<br>伴わない。                              |                                                                  | 症状あるい<br>は食道拡張                                                      |
| 肝         | 無症状                                                                             | Bil, ALP,<br>AST, ALT<br>の正常上限<br>の 2 倍以内<br>の上昇                  | Bil > 3<br>mg/dL あるい<br>は Bil, 他の<br>酵素の正常上<br>限の 2 ~ 5 倍<br>の上昇 | Bil, 他の酵<br>素の正常上<br>限の 5 倍以<br>上の上昇                                |
| 肺         | 無症状<br>FEV <sub>1</sub> * <sup>1</sup><br>> 80% or<br>LFS * <sup>2</sup> =<br>2 | 階段昇降時<br>息切れ FEV <sub>1</sub><br>: 60 ~ 79<br>% or LFS :<br>3 ~ 5 | 歩行時息切れ<br>FEV <sub>1</sub> : 40 ~<br>59% or LFS<br>: 6 ~ 9       | 安静時息切<br>れ<br>FEV <sub>1</sub> < 39<br>%<br>or LFS : 10<br>~ 12     |
| 関節・<br>筋膜 | 無症状                                                                             | 日常生活に<br>影響しない<br>軽度の拘<br>縮, 可動制<br>限                             | 日常生活に支<br>障のある拘<br>縮, 可動制<br>限, 筋膜<br>炎による紅斑                     | 日常生活に<br>高度支障を<br>きたす拘縮,<br>可動制限<br>(靴紐結び,<br>ボタンがけ,<br>着衣など不<br>能) |
| 性器        | 無症状                                                                             | 内診で軽度<br>異常あるが<br>軽度不快程<br>度で性交痛<br>なし                            | 内診で中等度<br>異常あり, 不<br>快あり                                         | 内診で高度<br>異常あり,<br>内診不応,<br>性交痛あり                                    |

\*<sup>1</sup> FEV<sub>1</sub> ; % predicted, \*<sup>2</sup> LFS : Lung Function Score ;  
FEV score + DLCO score.

FEV score, DLCO score はともに > 80% = 1, 70 ~ 79  
% = 2, 60 ~ 69% = 3, 50 ~ 59% = 4,  
40 ~ 49% = 5, 30 ~ 39% = 6

慢性 GVHD の重症度は, 各臓器別にスコアリングを行  
い, 決定する。

慢性 GVHD (移植片対宿主病) の全般的重症度 (NIH)

● 軽症

1 か所あるいは 2 か所の臓器障害で各臓器スコアが 1 を超えない、かつ肺病変を認めない。

● 中等症

- ① 3 か所以上の臓器障害を認めるが、各臓器スコアは 1 を超えない。
- ② 肺以外の 1 臓器以上でスコア 2 の障害を認める。
- ③ スコア 1 の肺病変  
のいずれか

● 重症

- ① 少なくとも 1 つの臓器でスコア 3 の臓器障害を認める。
- ② スコア 2 あるいは 3 の肺病変  
のいずれか

付記

皮膚：スコア 2 以上の皮膚病変を認める場合に全般的重症度に換算される。

肺：FEV 1 を全般的重症度の換算に用いる。

はっきりとした GVHD 以外の原因による臓器障害がある場合には、その臓器は換算しない。

GVHD を含む複数の原因による臓器障害である場合は、そのまま換算する。

## 第14節／代謝疾患

代謝疾患による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

代謝疾患については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

代謝疾患による障害の程度は、合併症の有無及びその程度、代謝のコントロール状態治療及び症状の経過、具体的な日常生活状況等を十分考慮し、総合的に認定するものとし、当該疾病の認定の時期以後少なくとも 1 年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたる安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを 1 級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを 2 級に該当するものと認定する。

### 2 認定要領

- (1) 代謝疾患は、糖代謝、脂質代謝、蛋白代謝、尿酸代謝、その他の代謝の異常に分けられる。
- (2) 糖尿病による障害の程度は、合併症の有無及びその程度、代謝のコントロール状態治療及び症状の経過、具体的な日常生活状況等を十分考慮し、総合的に認定する。
- (3) 糖尿病は、血糖が治療、一般生活状態の規制等によりコントロールされている場合には認定の対象とならない。  
但し、インスリン療法の自己管理が出来ない場合は認定の対象とする。
- (4) 代謝疾患による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。

一般状態区分表

| 区 分 | 一 般 状 態                                                                |
|-----|------------------------------------------------------------------------|
| ア   | 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         |
| イ   | 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 |
| ウ   | 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               |

- (5) その他の代謝疾患は、合併症の有無及びその程度、治療及び症状の経過、一般検査及び特殊検査の検査成績、認定時の具体的な日常生活状況等を十分考慮して、総合的に認定する。

## 第15節／悪性新生物

悪性新生物による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

悪性新生物については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

悪性新生物による障害の程度は、組織所見とその悪性度、一般検査及び特殊検査、画像検査等の検査成績、転移の有無、病状の経過と治療効果等を参考にして、具体的な日常生活状況等により、総合的に認定するものとし、当該疾病の認定の時期以後少なくとも1年以上の療養を必要とするものであって、長期にわたる安静を必要とする病状が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に該当するものと認定する。

### 2 認定要領

- (1) 悪性新生物は、全身のほとんどの臓器に発生するため、現れる病状は様々であり、それによる障害も様々である。
- (2) 悪性新生物の検査には、一般検査の他に、組織診断検査、腫瘍マーカー検査、超音波検査、X線CT検査、MRI検査、血管造影検査、内視鏡検査等がある。
- (3) 悪性新生物による障害は、次のように区分する。
  - ア 悪性新生物そのもの（原発巣、転移巣を含む。）によって生ずる局所の障害
  - イ 悪性新生物そのもの（原発巣、転移巣を含む。）による全身の衰弱又は機能の障害
  - ウ 悪性新生物に対する治療の結果として起こる全身衰弱又は機能の障害
- (4) 悪性新生物による障害の程度を一般状態区分表で示すと次のとおりである。

一般状態区分表

| 区 分 | 一 般 状 態                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| ア   | 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         |
| イ   | 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 |
| ウ   | 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             |

- (5) 悪性新生物による障害の程度は、基本的には認定基準に掲げられている障害の状態を考慮するものであるが、各等級に相当すると認められるものを一部例示すると次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                     |
|-------|-------------------------------|
| 1 級   | 著しい衰弱又は障害のため、一般状態区分表のウに該当するもの |
| 2 級   | 衰弱又は障害のため、一般状態区分表のイ又はアに該当するもの |

- (6) 悪性新生物そのものによるか又は悪性新生物に対する治療の結果として起こる障害の程度は、本章各節の認定要領により認定する。
- (7) 悪性新生物による障害の程度の認定例は、(5)に示したとおりであるが、全身衰弱と機能障害とを区別して考えることは、悪性新生物という疾患の本質から、本来不自然なことが多く、認定に当たっては組織所見とその悪性度、一般検査及び特殊検査、画像診断等の検査成績、転移の有無、病状の経過と治療効果などを参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。
- (8) 転移性悪性新生物は、原発とされるものと組織上一致するか否か、転移であることを確認できたものは、相当因果関係があるものと認められる。

## 第16節／その他の障害

その他の疾患による障害の程度は、次により認定する。

### 1 認定基準

その他の疾患については、次のとおりである。

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                                                      |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの                     |
| 2 級   | 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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |

その他の障害の程度は、全身状態、栄養状態、年齢、術後の経過、予後、原疾患の性質、進行状況等、具体的な日常生活状況等を考慮し、総合的に認定するものとし、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り、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものを1級に、日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものを2級に該当するものと認定する。

### 2 認定要領

- (1) その他の疾患は、「第1節／眼の障害」から「第15節／悪性新生物」において取り扱われていない疾患を指すものであるが、本節においては、腹部臓器・骨盤臓器の術後後遺症、人工肛門・新膀胱、遷延性植物状態、いわゆる難病及び臓器移植の取扱いを定める。
- (2) 腹部臓器・骨盤臓器の術後後遺症  
 ア 腹部臓器・骨盤臓器の術後後遺症とは、胃切除によるダンピング症候群等、短絡的腸吻合術による盲管症候群、虫垂切除等による癒着性腸閉塞又は癒着性腹膜炎、短腸症候群、腸ろう等をいう。

イ 腹部臓器・骨盤臓器の術後後遺症の障害の程度は、全身状態、栄養状態、年齢、術後の経過、予後、原疾患の性質、進行状況、具体的な日常生活状況等を考慮し、総合的に認定するものとする。

(3) 人工肛門・新膀胱

次のものは2級と認定する。

ア 人工肛門を造設し、かつ、新膀胱を造設したもの又は尿路変更術を施したもの

イ 人工肛門を造設し、かつ、完全排尿障害（カテーテル留置又は自己導尿の常時施行を必要とする）状態にあるもの

なお、全身状態、術後の経過及び予後、原疾患の性質、進行状況等により総合的に判断し、さらに上位等級に認定する。

(4) 遷延性植物状態については、次により取り扱う。

ア 遷延性植物状態については、日常生活の用を弁ずることができない状態であると認められるため、1級と認定する。

イ 障害の程度を認定する時期は、その障害の状態に至った日から起算して3月を経過した日以後に、医学的観点から、機能回復がほとんど望めないと認められるときとする。

(5) いわゆる難病については、その発病の時期が不定、不詳であり、かつ、発病は緩徐であり、ほとんどの疾患は、臨床症状が複雑多岐にわたっているため、その認定に当たっては、客観的所見に基づいた日常生活能力等の程度を十分考慮して総合的に認定するものとする。

なお、厚生労働省研究班や関係学会で定めた診断基準、治療基準があり、それに該当するものは、病状の経過、治療効果等を参考とし、認定時の具体的な日常生活状況等を把握して、総合的に認定する。

(6) 臓器移植の取扱い

ア 臓器移植を受けたものに係る障害認定に当たっては、術後の症状、治療経過及び検査成績等を十分に考慮して総合的に認定する。

イ 障害等級に該当するものが、臓器移植を受けた場合は、臓器が生着し、安定的に機能するまでの間、少なくとも1年間は従前の等級とする。

(7) 障害の程度は、一般状態が次表の一般状態区分表のウに該当するものは1級に、同表のイ又はアに該当するものは2級におおむね相当するので、認定に当たっては、参考とする。

一般状態区分表

| 区 分 | 一 般 状 態                                                              |
|-----|----------------------------------------------------------------------|
| ア   | 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         |
| イ   | 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 |
| ウ   | 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             |

(8) 「第1節／眼の障害」から「第15節／悪性新生物」及び本節に示されていない障害及び障害の程度については、その障害によって生じる障害の程度を医学的に判断し、最も近似している認定基準の障害の程度に準じて認定する。

第17節／重複障害

身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合の障害の程度は、次により認定する。

## 1 認定基準

| 障害の程度 | 障 害 の 状 態                                                  |
|-------|------------------------------------------------------------|
| 1 級   | 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であつて、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの |
| 2 級   | 身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合であつて、その状態が前各号と同程度以上と認められる程度のもの |

## 2 認定要領

- (1) 施行令別表第3の2級に該当する程度の機能障害が2以上あるときは、施行令別表第3の1級に該当するものとする。
- (2) 病状と機能障害が重複する場合又は病状が重複する場合には、その状態が、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめるときは、施行令別表第3の1級に該当するものとする。
- (3) 機能障害又は病状が重複する場合（前記1の場合を除く。）において、その状態が日常生活が著しい制限を受けるか又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものであるときは、施行令別表第3の2級に該当するものとする。  
なお、障害の併合認定については、「国民年金・厚生年金保険障害認定基準」の第2章「併合等認定基準」及び「身体障害者福祉法の合併認定」を参考とするものとする。

## 別 添 2

特別児童扶養手当認定診断書（今回改正該当診断書を添付）

様式第2号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(聴覚・平衡機能・そしゃく・嚥下機能・音声又は言語機能障害用)

|                                                  |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
|--------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|-------------------------|---------------|------------------|-------------------------|--|
| (ふりがな)<br>氏名                                     |                   | 生年月日                                  |                         | 平成 年 月 日生( 歳) | 性別               | 男・女                     |  |
| 住 所                                              | 住所地の郵便番号<br>( - ) | 都道 郡市<br>府県 区                         |                         |               |                  |                         |  |
| ① 障害の原因<br>となった<br>傷 病 名                         |                   |                                       | ② 傷病の発生年月日              | 平成 年 月 日      | 診療録で確認<br>本人の申立て |                         |  |
|                                                  |                   |                                       | ③ ①のため初めて医<br>師の診断を受けた日 | 平成 年 月 日      | 診療録で確認<br>本人の申立て |                         |  |
| ④ 傷病の原因又は<br>誘因                                  |                   | ⑤ 既存<br>障害                            |                         | ⑥ 既往歴         |                  |                         |  |
| ⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療<br>の効果が期待できない状態を含む。)<br>かどうか。 |                   | 傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 ( 推定 ・ 確認) |                         |               |                  |                         |  |
|                                                  |                   | 傷病が治っていない場合 ……症状のよくなる見込み 有 ・ 無 ・ 不明   |                         |               |                  |                         |  |
| ⑧ 診断書作成医療機関に<br>おける初診時所見<br>初診年月日<br>(平成 年 月 日)  |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| ⑨ 現在までの治療の内容、<br>期間、経過、その他<br>参考となる事項            |                   |                                       |                         |               | 診療回数             | 年間 回、月平均 回              |  |
|                                                  |                   |                                       |                         |               | 手術<br>歴          | 手術名( )<br>手術年月日( 年 月 日) |  |
| ⑩ 障 害 の 状 態 ( 平成 年 月 日現症 )                       |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| (1)聴覚の障害                                         |                   | オーディオグラム                              |                         | 語 音 明 瞭 度 曲 線 |                  |                         |  |
| 検査<br>名<br>及<br>月<br>日                           | 聴 力 レ ベ ル         |                                       |                         |               |                  |                         |  |
|                                                  | オーディオメータ          | 右 dB 左 dB                             |                         |               |                  |                         |  |
|                                                  | 年月日               |                                       |                         |               |                  |                         |  |
|                                                  | ( )               | 右 dB 左 dB                             |                         |               |                  |                         |  |
| 年月日                                              |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| ( )                                              | 右 dB 左 dB         |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 年月日                                              |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 最良語音明瞭度                                          |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 年月日                                              | 右 % 左 %           |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 所見                                               |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| (2)平衡機能の障害                                       |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| (3)そしゃく・嚥下機能の障害                                  |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| ア 機能障害                                           |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| イ 栄養状態                                           |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 1 良 2 中 3 不良                                     |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| ( 身長 cm、 体重 kg)                                  |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| ウ 食事内容                                           |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 1 食事内容に制限がない                                     |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 2 ある程度の常食は摂取できるが、そしゃく・嚥下が十分でないため食事が制限される。        |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 3 全粥、軟菜以外は摂取できない                                 |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 4 経口摂取のみでは十分な栄養ができないためにゾンデ栄養の併用が必要である。           |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 5 流動食以外は摂取できない。                                  |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 6 経口的に食物を摂取することが極めて困難である。                        |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 7 経口的に食物を摂取することができない。                            |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 8 その他( )                                         |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| ア 閉眼での起立・立位保持の状態                                 |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 1 可能である                                          |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 2 不安定である                                         |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 3 不可能である                                         |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| イ 開眼での直線の10mの歩行の状態                               |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 1 まっすぐ歩き通す。                                      |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 2 多少転倒しそうになったりよろめいたりするが、どうにか歩き通す。                |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| 3 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。                   |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |
| ウ 自覚症状・他覚所見及び検査所見                                |                   |                                       |                         |               |                  |                         |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (4) 音声又は言語機能の障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                              |
| <b>ア 会話による意思疎通の程度（該当するものを選んでどれか1つを○で囲んでください。）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |
| <p>1 患者は、話すことや話を理解することにほとんど制限がなく、日常会話が誰とでも成立する。</p> <p>2 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に一定の制限があるものの、日常会話が、互いに確認することなどで、ある程度成り立つ。</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <p>3 患者は、話すことや聞いて理解することのどちらか又はその両方に多くの制限があるため、日常会話が、互いに内容を推論したり、たずねたり、見当をつけることなどで部分的に成り立つ。</p> <p>4 患者は、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しない。</p> |
| <b>イ 発音不能な語音（構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に、記入してください。）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                              |
| <p><b>I 4種の語音（該当するものにチェックをつけてください。）</b></p> <p>口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等）</p> <p>1 全て発音できる      2 一部発音できる      3 発音不能</p> <p>歯音、歯茎音（さ行音、た行音、ら行音等）</p> <p>1 全て発音できる      2 一部発音できる      3 発音不能</p> <p>歯茎硬口蓋音（しゃ、ちや、じゃ等）</p> <p>1 全て発音できる      2 一部発音できる      3 発音不能</p> <p>軟口蓋音（か行音、が行音等）</p> <p>1 全て発音できる      2 一部発音できる      3 発音不能</p>                                                                                                                                                                                                                                                          | <p><b>II 発音に関する検査結果（語音発語明瞭度検査など）</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>                                                            |
| <b>ウ 失語症の障害の程度（失語症がある場合に、記入してください。）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                              |
| <p><b>I 音声言語の表出及び理解の程度（該当するものにチェックをつけてください。）</b></p> <p>単語の呼称（単語の例：家、靴下、自動車、電話、水）</p> <p>1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない</p> <p>短文の発話（2～3文節程度、例：女の子が本を読んでいる）</p> <p>1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない</p> <p>長文の発話（4～6文節程度、例：私の家に田舎から大きな小包が届いた）</p> <p>1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない</p> <p>単語の理解（例：単語の呼称と同じ）</p> <p>1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない</p> <p>短文の理解（例：短文の発話と同じ）</p> <p>1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない</p> <p>長文の理解（例：長文の発話と同じ）</p> <p>1 できる      2 おおむねできる      3 あまりできない      4 できない</p> | <p><b>II 失語症に関する検査結果（標準失語症検査など）</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>                                                             |
| <b>⑪ 現症時の日常生活活動能力（必ず記入してください。）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                              |
| <b>⑫ 予 後（必ず記入してください。）</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                              |
| <b>⑬ 備 考</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                              |

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

平成 年 月 日

診療担当科名  
医 師 氏 名

印

## 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、別に紙片をはりつ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 「障害の状態」の欄は、次によってください。
  - (1) 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) ⑩の欄の「(1) 聴覚の障害」の測定結果は、過去3ヶ月間において複数回の測定を行っている場合は、最良の値を示したものを記入してください。
  - (3) ⑩の欄の(1)聴覚の障害欄中の「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオーディオメータで測定した測定値です。  
\*「聴力レベル」の算出方法は、次によってください。
    - ①「聴力レベル値」(デシベル)は、オーディオメータにより測定してください。
    - ②「聴力レベル値」(デシベル)は、 $\frac{a + 2b + c}{4}$  により算出してください。  
 a：周波数500ヘルツの音に対する純音聴力レベル値  
 b：周波数1,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値  
 c：周波数2,000ヘルツの音に対する純音聴力レベル値  
 なお、ABR検査(聴性脳幹反応検査)、ASSR検査(聴性定常反応検査)、COR検査(条件聴索反応検査)等を行った場合は、検査名及び検査年月日を記入の上、測定結果を記載してください。
  - (4) ⑩の(1)の欄の「最良語音明瞭度」は、「聴力レベル」が90デシベルに満たない場合についてのみ検査成績を記入してください。  
なお、最良語音明瞭度の検査は、オーディオロジー学会で定めた方法によってください。
  - (5) ⑩の(1)の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、両耳の聴力レベルが100dB以上の診断を行う場合には、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。  
また、オーディオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、COR検査(条件聴索反応検査)を組み合わせ実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入して下さい。  
また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
  - (6) ⑩の(4)の欄の「イ 発音不能な語音」は、構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害がある場合に記入してください。発音に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 発音に関する検査結果」欄に記入してください。
  - (7) ⑩の(4)の欄の「ウ 失語症の障害の程度」は、失語症がある場合に記入してください。失語症に関する検査を行った場合は、その検査結果を「Ⅱ 失語症に関する検査結果」欄に記入してください。必要に応じて失語症検査の結果表を添えてください。

## 様式第8号

(表 面)

## 特 別 児 童 扶 養 手 当 認 定 診 断 書

(血液・造血管器、その他の障害用)

|                                                                      |  |                                                    |  |                                                    |  |
|----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|
| (ふりがな)<br>氏 名                                                        |  | 昭和 年 月 日生 ( 歳 )                                    |  | 男・女                                                |  |
| 住 所                                                                  |  | 住所地の郵便番号<br>( )                                    |  | 郡市区<br>町 区 村                                       |  |
| ① 障害の原因<br>となった<br>傷 病 名                                             |  | ② 傷病の発生年月日<br>昭和 年 月 日<br>平成 年 月 日                 |  | 診療録で確認<br>本人の申立て                                   |  |
| ④ 傷病の原因又は<br>誘因                                                      |  | ③ ①のため初めて医<br>師の診断を受けた日<br>平成 年 月 日                |  | 診療録で確認<br>本人の申立て                                   |  |
| ⑤ 既存<br>障害                                                           |  | ⑥ 既往症                                              |  |                                                    |  |
| ⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療<br>の効果が期待できない状態を含む。)<br>かどうか。                     |  | 傷病が治っている場合 …… 治った日 平成 年 月 日 ( 推定・確認 )              |  |                                                    |  |
|                                                                      |  | 傷病が治っていない場合 …… 症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明                |  |                                                    |  |
| ⑧ 診断書作成医療機関に<br>おける初診時所見<br>初診年月日<br>(昭和・平成 年 月 日)                   |  |                                                    |  |                                                    |  |
| ⑨ 現在までの治療の内容、反<br>応、期間、経過、その他の参<br>考となる事項                            |  | 診療回数 年間 回、月平均 回<br>手術歴 手術名 ( )<br>手術年月日 ( 年 月 日 )  |  |                                                    |  |
| ⑩ 現在の症状、その他<br>参考となる事項                                               |  |                                                    |  |                                                    |  |
| ⑪ 計 測                                                                |  | 身長 cm 体重 kg 握力 kg 視力 右眼 裸眼 矯正 左眼 裸眼 矯正             |  |                                                    |  |
| (平成 年 月 日)                                                           |  | 聴力レベル 右耳 db 左耳 db 聴覚明瞭度 右眼 最大 mmHg 最小 mmHg         |  |                                                    |  |
| ⑫ 一般状態区分表 (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)(平成 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                                                            |  |                                                    |  |                                                    |  |
| ⑬ 血液・造血管器 (平成 年 月 日現症)                                               |  |                                                    |  |                                                    |  |
| 1 臨床所見                                                               |  |                                                    |  |                                                    |  |
| (1) 自覚症状                                                             |  | (3) 検査成績                                           |  |                                                    |  |
| 易疲労感 (無・有・著)                                                         |  | ア 末梢血液検査(平成 年 月 日)                                 |  | イ 凝固系検査(平成 年 月 日)                                  |  |
| 動悸 (無・有・著)                                                           |  | ※アの欄は、最も適切に現在の病状が把握<br>できる検査数値及びその日付を記入してくだ<br>さい。 |  | ※イの欄は、最も適切に現在の病状が把握<br>できる検査数値及びその日付を記入してくだ<br>さい。 |  |
| 息切れ (無・有・著)                                                          |  | ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL                                  |  | 凝固因子活性 (第 因子) ( ) %                                |  |
| 発熱 (無・有・著)                                                           |  | 網赤血球 ( ) %/μL                                      |  | vWF 活性 ( ) %                                       |  |
| 紫斑 (無・有・著)                                                           |  | 血小板 ( ) 万/μL                                       |  | インヒビター (無・有)                                       |  |
| 月経過多 (無・有・著)                                                         |  | 白血球 ( ) /μL                                        |  | APTT ( ) 秒 (基準値 秒)                                 |  |
| 関節症状 (無・有・著)                                                         |  | 好中球 ( ) /μL                                        |  | P T ( ) 秒 (基準値 秒)                                  |  |
| (2) 他覚所見                                                             |  | リンパ球 ( ) %                                         |  | ウ その他の検査                                           |  |
| 易感染性 (無・有・著)                                                         |  | 病的細胞 ( ) %                                         |  | 画像検査(検査名 ) (平成 年 月 日)                              |  |
| リンパ節腫脹 (無・有・著)                                                       |  |                                                    |  | 所見 ( )                                             |  |
| 出血傾向 (無・有・著)                                                         |  |                                                    |  |                                                    |  |
| 血栓傾向 (無・有・著)                                                         |  |                                                    |  | 他の検査(検査名 ) (平成 年 月 日)                              |  |
| 肝腫 (無・有・著)                                                           |  |                                                    |  | 所見                                                 |  |
| 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)                                          |  |                                                    |  |                                                    |  |
| 造血幹細胞移植 (無・有) 有の場合(平成 年 月 日)                                         |  |                                                    |  |                                                    |  |
| 慢性GVHD (無・有) 有の場合(軽症・中等症・重症)                                         |  |                                                    |  |                                                    |  |
| 所見                                                                   |  |                                                    |  |                                                    |  |

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。)

| ⑭ その他の障害 (平成 年 月 日現症)         |  |  |  |  |                                       |       |     |     |     |
|-------------------------------|--|--|--|--|---------------------------------------|-------|-----|-----|-----|
| 1. 症 状<br><br>(1) 自 覚 症 状     |  |  |  |  | 2. 検査成績                               |       |     |     |     |
|                               |  |  |  |  | (1) 血液・生化学検査                          |       |     |     |     |
|                               |  |  |  |  | 単位                                    | 施設基準値 | 年月日 | 年月日 | 年月日 |
|                               |  |  |  |  | 赤 血 球 数                               | 万/μL  |     |     |     |
|                               |  |  |  |  | ヘモグロビン濃度                              | g/dL  |     |     |     |
|                               |  |  |  |  | ヘマトクリット                               | %     |     |     |     |
|                               |  |  |  |  | 血 清 総 蛋 白                             | g/dL  |     |     |     |
|                               |  |  |  |  | 血 清 アルブミン                             | g/dL  |     |     |     |
|                               |  |  |  |  |                                       |       |     |     |     |
|                               |  |  |  |  | (2) その他の検査成績                          |       |     |     |     |
| (2) 他 覚 所 見                   |  |  |  |  |                                       |       |     |     |     |
|                               |  |  |  |  |                                       |       |     |     |     |
| 3. 人 工 臓 器 等                  |  |  |  |  |                                       |       |     |     |     |
| (1) 人工肛門造設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日 |  |  |  |  | (4) 自己導尿の常時施行 無・有                     |       |     |     |     |
| (2) 尿路変更術 無・有 手術年月日：平成 年 月 日  |  |  |  |  | (5) 完全尿失禁状態 無・有<br>(カテーテル留置：平成 年 月 日) |       |     |     |     |
| (3) 新膀胱造設 無・有 手術年月日：平成 年 月 日  |  |  |  |  | (6) その他の手術 無・有 ( ) 平成 年 月 日           |       |     |     |     |
| ⑮ 現症時の日常生活活動能力                |  |  |  |  |                                       |       |     |     |     |
| ⑯ 予 後                         |  |  |  |  |                                       |       |     |     |     |
| ⑰ 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

平成 年 月 日

診療担当科名  
医 師 氏 名

印

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。
- 3 診断書の様式は、障害の原因となった傷病に応じて次のとおり定めています。この診断書は、次のいずれの障害にも該当せず、かつ、これらの診断書を使用することが適切でないと認められる場合に使用してください。  
様式第1号 眼の障害用  
様式第2号 聴力、平衡機能、口腔(そしゃく・言語)の障害用  
様式第3号 肢体の障害用  
様式第4号 精神の障害用  
様式第5号 呼吸器疾患の障害用  
様式第6号 循環器疾患の障害用  
様式第7号 腎疾患・肝疾患・糖尿病の障害用
- 4 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。
- 5 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。)
- 6 「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) 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末梢してください。)  
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) ⑪の聴力欄は「聴力レベル」を記入してください。  
「聴力レベル」は、昭和57年改正後のJIS規格によるオーディオメータで測定した測定値です。
  - (3) ⑭の1欄は、なるべく具体的に記入してください。
  - (4) ⑭の2欄は、血液・生化学検査値のうち、病状を適切に表していると思われるものを記入してください。

障 発 1 2 2 1 第 2 号  
平成 2 9 年 1 2 月 2 1 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省社会・援護局  
障害保健福祉部長  
( 公 印 省 略 )

「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」の  
一部改正について

障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度の認定については、「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」（昭和 6 0 年 1 2 月 2 8 日社更第 1 6 2 号厚生省社会局長通知。以下「本通知」という。）により実施されているところであるが、今般、血液器疾患等について近年の医学的知見等を踏まえ、別紙のとおり本通知の一部を改正し、平成 3 0 年 4 月 1 日から適用することとしたので、通知する。

については、貴管内の市町村及び関係機関に対して周知をお願いする。

なお、平成 3 0 年 4 月 1 日以降においては、本通知により改正された障害児福祉手当認定診断書及び特別障害者手当認定診断書に基づき障害程度の認定を行う必要があるため、その取扱いに遺漏なきようお願いする。

# 「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」新旧対照表（案）

（傍線部分は改正部分）

| 改 正 後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 改 正 前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について</p> <p>〔昭和60年12月28日 社更第162号〕<br/>各都道府県知事宛 厚生省社会局長通知</p> <p>第1次改正 平成11年障発第216号<br/>第2次改正 平成13年7月31日雇児発第502号<br/>障発第325号<br/>第3次改正 平成23年1月11日障発0111第1号<br/>第4次改正 平成23年8月9日障発0809第3号<br/>第5次改正 平成25年5月10日障発0510第3号<br/>第6次改正 平成26年5月20日障発0520第3号<br/>第7次改正 平成27年6月19日障発0619第3号<br/>第8次改正 平成28年4月14日障発0414第2号<br/><u>第9次改正 平成29年12月21日障発1221第2号</u></p> <p>先般、国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年5月1日法律第34号）により、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の一部が改正され、福祉手当制度が再編されるとともに、新たに特別障害者手当制度が創設され、昭和61年4月1日から実施されることに伴い、標記の手当の支給対象となる障害の程度に関する認定の基準を別紙のとおり定めたので、その運用について遺憾のないよう取り計らわれない。</p> <p>なお、これに伴い、昭和50年8月13日社更第114号本職通知「福祉手当の障害認定基準について」は、昭和61年3月31日で廃止する。</p> | <p>障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について</p> <p>〔昭和60年12月28日 社更第162号〕<br/>各都道府県知事宛 厚生省社会局長通知</p> <p>第1次改正 平成11年障発第216号<br/>第2次改正 平成13年7月31日雇児発第502号<br/>障発第325号<br/>第3次改正 平成23年1月11日障発0111第1号<br/>第4次改正 平成23年8月9日障発0809第3号<br/>第5次改正 平成25年5月10日障発0510第3号<br/>第6次改正 平成26年5月20日障発0520第3号<br/>第7次改正 平成27年6月19日障発0619第3号<br/>第8次改正 平成28年4月14日障発0414第2号</p> <p>先般、国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年5月1日法律第34号）により、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の一部が改正され、福祉手当制度が再編されるとともに、新たに特別障害者手当制度が創設され、昭和61年4月1日から実施されることに伴い、標記の手当の支給対象となる障害の程度に関する認定の基準を別紙のとおり定めたので、その運用について遺憾のないよう取り計らわれない。</p> <p>なお、これに伴い、昭和50年8月13日社更第114号本職通知「福祉手当の障害認定基準について」は、昭和61年3月31日で廃止する。</p> |

## 別紙

障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準

## 第一（略）

## 第二 障害児福祉手当の個別基準

## 4 内部障害

## (5) 血液疾患

ア 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

イ 令別表第1第8号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表3系列のうち2系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

| 区分    | 系列   | 検査項目     | 単位   | 高度異常             |
|-------|------|----------|------|------------------|
| 末梢血液像 | 赤血球系 | ヘモグロビン濃度 | g/dL | <u>7</u> 未満      |
|       |      | 網赤血球     | /μL  | <u>20,000</u> 未満 |
|       | 白血球系 | 白血球数     | /μL  | <u>1,000</u> 未満  |
|       |      | 好中球数     | /μL  | <u>500</u> 未満    |
|       | 血小板系 | 血小板数     | /μL  | <u>20,000</u> 未満 |

ウ 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

## 第三 特別障害者手当の個別基準

## 1 令第1条第2項第1号に該当する障害

(1)～(5)（略）

## (6) 内部障害

ア～エ（略）

## オ 血液疾患

(ア) 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行う

## 別紙

障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準

## 第一（略）

## 第二 障害児福祉手当の個別基準

## 4 内部障害

## (5) 血液疾患

ア 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

イ 令別表第1第8号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表4系列のうち3系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

| 区分    | 系列   | 検査項目       | 単位                          | 高度異常           |
|-------|------|------------|-----------------------------|----------------|
| 末梢血液像 | 赤血球系 | 血色素量       | g/dL                        | <u>6</u> 未満    |
|       |      |            | (ザーリー値) %                   | <u>(40未満)</u>  |
|       |      | 赤血球数       | $\times 10^4 / \text{mm}^3$ | <u>200</u> 未満  |
|       | 白血球系 | 網赤血球       | %                           | <u>0.2</u> 未満  |
|       |      | 白血球数       | /mm <sup>3</sup>            | <u>1500</u> 未満 |
|       |      | 顆粒球数       | /mm <sup>3</sup>            | <u>500</u> 未満  |
|       | 血小板系 | 病的細胞       | %                           | <u>20</u> 以上   |
|       |      | 血小板数       | $\times 10^4 / \text{mm}^3$ | <u>1</u> 未満    |
|       |      | 有核細胞数      | $\times 10^4 / \text{mm}^3$ | <u>1</u> 未満    |
| 骨髓像   | 骨髓系  | 巨核球数       | /mm <sup>3</sup>            | <u>15</u> 未満   |
|       |      | リンパ球       | %                           | <u>60</u> 以上   |
|       |      | 赤芽球(E)/(M) | 二                           | <u>0.1</u> 未満  |
|       |      | 顆粒球(E)/(M) | 二                           | <u>0.1</u> 未満  |
|       |      | 病的細胞       | %                           | <u>40</u> 以上   |

ウ 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、診断書作成日前3か月間において最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

## 第三 特別障害者手当の個別基準

## 1 令第1条第2項第1号に該当する障害

(1)～(5)（略）

## (6) 内部障害

ア～エ（略）

## オ 血液疾患

(ア) 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行う

ものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第2第6号に該当するものとする。

(イ) 令別表第2第6号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表3系列のうち1系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

| 区分    | 系列   | 検査項目     | 単位   | 高度異常     |
|-------|------|----------|------|----------|
| 末梢血液像 | 赤血球系 | ヘモグロビン濃度 | g/dL | 7未満      |
|       |      | 網赤血球     | /μL  | 20,000未満 |
|       | 白血球系 | 白血球数     | /μL  | 1,000未満  |
|       |      | 好中球数     | /μL  | 500未満    |
|       | 血小板系 | 血小板数     | /μL  | 20,000未満 |

(ウ) 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

(7)～(8) (略)

## 2 令第1条第2項第2号に該当する障害

(1) (略)

コ 第10号について

(ア) 内部障害

㊦～㊧

㊨ 血液疾患

血液疾患については、貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表の3系列のうち1系列以上の検査成績が異常を示すもの。

ものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第2第6号に該当するものとする。

(イ) 令別表第2第6号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表4系列のうち3系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

| 区分    | 系列   | 検査項目       | 単位                          | 高度異常   |
|-------|------|------------|-----------------------------|--------|
| 末梢血液像 | 赤血球系 | 血色素量       | g/dL                        | 6未満    |
|       |      | (ザリー値) %   |                             | (40未満) |
|       |      | 赤血球数       | $\times 10^4 / \text{mm}^3$ | 200未満  |
|       | 白血球系 | 網赤血球       | %                           | 0.2未満  |
|       |      | 白血球数       | /mm <sup>3</sup>            | 1500未満 |
|       |      | 顆粒球数       | /mm <sup>3</sup>            | 500未満  |
|       | 血小板系 | 病的細胞       | %                           | 20以上   |
|       |      | 血小板数       | $\times 10^4 / \text{mm}^3$ | 1未満    |
| 骨髓像   | 骨髓系  | 有核細胞数      | $\times 10^4 / \text{mm}^3$ | 1未満    |
|       |      | 巨核球数       | /mm <sup>3</sup>            | 15未満   |
|       |      | リンパ球       | %                           | 60以上   |
|       |      | 赤芽球(E)/(M) | —                           | 0.1未満  |
|       |      | 顆粒球(E)/(M) | —                           | —      |
|       |      | 病的細胞       | %                           | 40以上   |

(ウ) 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、診断書作成日前3か月間において最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

(7)～(8) (略)

## 2 令第1条第2項第2号に該当する障害

(1) (略)

コ 第10号について

(ア) 内部障害

㊦～㊧

㊨ 血液疾患

血液疾患については、貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表の4系列のうち3系列以上の検査成績が、異常を示すもの。

血液異常度指表

| 区分    | 系列   | 検査項目     | 単位   | 異常       |
|-------|------|----------|------|----------|
| 末梢血液像 | 赤血球系 | ヘモグロビン濃度 | g/dL | 9未満      |
|       |      | 網赤血球     | /μL  | 60,000未満 |
|       | 白血球系 | 白血球数     | /μL  | 2,000未満  |
|       |      | 好中球数     | /μL  | 1,000未満  |
|       | 血小板系 | 血小板数     | /μL  | 50,000未満 |

(イ) その他の疾患 (略)

サ 第11号について (略)

(2) (略)

3 令第1条第2項第3号に該当する障害 (略)

第四 福祉手当の障害程度認定基準 (略)

血液異常度指表

| 区分    | 系列   | 検査項目       | 単位                          | 異常       |
|-------|------|------------|-----------------------------|----------|
| 末梢血液像 | 赤血球系 | 血色素量       | g/dL                        | 8未満      |
|       |      | (ザリー値) %   |                             | (37.5未満) |
|       |      | 赤血球数       | $\times 10^4 / \text{mm}^3$ | 300未満    |
|       |      | 網赤血球       | %                           | 0.9未満    |
|       | 白血球系 | 白血球数       | /mm <sup>3</sup>            | 3000未満   |
|       |      | 顆粒球数       | /mm <sup>3</sup>            | 1000未満   |
|       |      | 病的細胞       | %                           | 出現しているもの |
| 骨髄像   | 血小板系 | 血小板数       | $\times 10^4 / \text{mm}^3$ | 10未満     |
|       | 骨髄系  | 有核細胞数      | $\times 10^4 / \text{mm}^3$ | 5未満      |
|       |      | 巨核球数       | /mm <sup>3</sup>            | 30未満     |
|       |      | リンパ球       | %                           | 40以上     |
|       |      | 赤芽球(E)/(M) | 二                           | 0.3未満    |
|       |      | 顆粒球(E)/(M) |                             |          |
|       |      | 病的細胞       | %                           | 出現しているもの |

(イ) その他の疾患 (略)

サ 第11号について (略)

(2) (略)

3 令第1条第2項第3号に該当する障害 (略)

第四 福祉手当の障害程度認定基準 (略)

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書 様式第7号 新旧対照表（案）

新

様式第7号

|                                                                                                                              |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|----|-----|-----|
| 障害児福祉手当・福祉手当認定診断書（ <div>肝臓<br/>血液</div> 疾患及びその他の疾患用）                                                                         |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| ① 氏 名                                                                                                                        |  | 男・女                   | ② 生 年 月 日 | 昭和<br>平成 | 年                                                                                                                                                    | 月                  | 日                  |    |     |     |
| ③ 住 所                                                                                                                        |  | ④ 障 害 の 原因と<br>なった傷病名 |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| ⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日                                                                                                         |  | 昭和<br>平成              | 年         | 月        | 日                                                                                                                                                    | ⑥ 傷 病 発 生<br>年 月 日 | 昭和<br>平成           | 年  | 月   | 日   |
| ⑦ 障害が永続すると判定された日                                                                                                             |  | 昭和<br>平成              | 年         | 月        | 日                                                                                                                                                    | 推定<br>確認           | ⑧ 将 来<br>再 認 定 の 要 | 有（ | 年後） | ・ 無 |
| 障 害 の 状 態                                                                                                                    |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| ⑨ 肝 疾 患（平成 年 月 日現症）                                                                                                          |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 1 臨床所見                                                                                                                       |  |                       |           |          | (3) 検査成績                                                                                                                                             |                    |                    |    |     |     |
| (1) 自覚症状<br>全身倦怠感（無・有・著）<br>発 熱（無・有・著）<br>食 欲 不 振（無・有・著）<br>悪 心・嘔 吐（無・有・著）<br>皮膚そう痒感（無・有・著）<br>有痛性筋症瘰（無・有・著）<br>吐血・下血（無・有・著） |  |                       |           |          | (2) 他覚所見<br>肝 萎 縮（無・有・著）<br>脾 腫 大（無・有・著）<br>浮 腫（無・有・著）<br>腹 水（無・有・<br>有（難治性））<br>黄 疸（無・有・著）<br>腹 壁 静 脈 怒 張（無・有・著）<br>肝性脳症（無・有・（度））<br>出 血 傾 向（無・有・著） |                    |                    |    |     |     |
|                                                                                                                              |  |                       |           |          | 検査日 施設<br>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>9</sup> /uL                                                                                                                            |                    |                    |    |     |     |
|                                                                                                                              |  |                       |           |          | 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<br>A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)                                                                        |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 3 胆道閉鎖症の治療歴<br>(1) 手術所見(日時：平成 年 月 日)<br>(2) 治療経過                                                                             |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 4 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>所見 グレード( ) ステージ( )                                                                              |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 5 食道・胃などの静脈瘤<br>(1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>(2) 吐血・下血の既往 無・有( 回)<br>(3) 治療歴 無・有( 回)                                           |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 6 肝腫瘍治療歴 無・有<br>・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回<br>・放射線療法 回 ・化学療法 回                                                                   |  |                       |           |          | 8 治療内容<br>(1) 利尿剤（無・有） (4) アルブミン・血漿製剤（無・有）<br>(2) 特殊アミノ酸製剤（無・有） (5) 血小板輸血（無・有）<br>(3) 抗ウイルス療法（無・有） (6) その他<br>具体的内容                                  |                    |                    |    |     |     |
| 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<br>所見                                                                                          |  |                       |           |          | 9 その他の所見<br>(1) 肝移植 無・有（有の場合は移植年月日<br>平成 年 月 日）<br>経過<br>(2) その他(超音波・CT・MRI検査等)（平成 年 月 日）                                                            |                    |                    |    |     |     |

旧

様式第7号

|                                                                                                                              |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------|-----------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|----|-----|-----|
| 障害児福祉手当・福祉手当認定診断書（ <div>肝臓<br/>血液</div> 疾患及びその他の疾患用）                                                                         |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| ① 氏 名                                                                                                                        |  | 男・女                   | ② 生 年 月 日 | 昭和<br>平成 | 年                                                                                                                                                    | 月                  | 日                  |    |     |     |
| ③ 住 所                                                                                                                        |  | ④ 疾 病 の 原因と<br>なった傷病名 |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| ⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日                                                                                                         |  | 昭和<br>平成              | 年         | 月        | 日                                                                                                                                                    | ⑥ 傷 病 発 生<br>年 月 日 | 昭和<br>平成           | 年  | 月   | 日   |
| ⑦ 障害が永続すると判定された日                                                                                                             |  | 昭和<br>平成              | 年         | 月        | 日                                                                                                                                                    | 推定<br>確認           | ⑧ 将 来<br>再 認 定 の 要 | 有（ | 年後） | ・ 無 |
| 障 害 の 状 態                                                                                                                    |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| ⑨ 肝 疾 患（平成 年 月 日現症）                                                                                                          |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 1 臨床所見                                                                                                                       |  |                       |           |          | (3) 検査成績                                                                                                                                             |                    |                    |    |     |     |
| (1) 自覚症状<br>全身倦怠感（無・有・著）<br>発 熱（無・有・著）<br>食 欲 不 振（無・有・著）<br>悪 心・嘔 吐（無・有・著）<br>皮膚そう痒感（無・有・著）<br>有痛性筋症瘰（無・有・著）<br>吐血・下血（無・有・著） |  |                       |           |          | (2) 他覚所見<br>肝 萎 縮（無・有・著）<br>脾 腫 大（無・有・著）<br>浮 腫（無・有・著）<br>腹 水（無・有・<br>有（難治性））<br>黄 疸（無・有・著）<br>腹 壁 静 脈 怒 張（無・有・著）<br>肝性脳症（無・有・（度））<br>出 血 傾 向（無・有・著） |                    |                    |    |     |     |
|                                                                                                                              |  |                       |           |          | 検査日 施設<br>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>9</sup> /uℓ                                                                                                                            |                    |                    |    |     |     |
|                                                                                                                              |  |                       |           |          | 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<br>A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)                                                                        |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 3 胆道閉鎖症の治療歴<br>(1) 手術所見(日時：平成 年 月 日)<br>(2) 治療経過                                                                             |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 4 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>所見 グレード( ) ステージ( )                                                                              |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 5 食道・胃などの静脈瘤<br>(1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>(2) 吐血・下血の既往 無・有( 回)<br>(3) 治療歴 無・有( 回)                                           |  |                       |           |          |                                                                                                                                                      |                    |                    |    |     |     |
| 6 肝腫瘍治療歴 無・有<br>・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回<br>・放射線療法 回 ・化学療法 回                                                                   |  |                       |           |          | 8 治療内容<br>(1) 利尿剤（無・有） (4) アルブミン・血漿製剤（無・有）<br>(2) 特殊アミノ酸製剤（無・有） (5) 血小板輸血（無・有）<br>(3) 抗ウイルス療法（無・有） (6) その他<br>具体的内容                                  |                    |                    |    |     |     |
| 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<br>所見                                                                                          |  |                       |           |          | 9 その他の所見<br>(1) 肝移植 無・有（有の場合は移植年月日<br>平成 年 月 日）<br>経過<br>(2) その他(超音波・CT・MRI検査等)（平成 年 月 日）                                                            |                    |                    |    |     |     |

| 新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 旧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div><div>⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)</div><div><div>1 臨床所見</div><div><div>(1) 自覚症状</div><div>立ちくらみ (無・有・著)</div><div>易疲労感 (無・有・著)</div><div>動悸 (無・有・著)</div><div>息切れ (無・有・著)</div><div>発熱 (無・有・著)</div><div>紫斑 (無・有・著)</div><div>月経過多 (無・有・著)</div><div>関節症状 (無・有・著)</div><div>(2) 他覚所見</div><div>易感染性 (無・有・著)</div><div>リンパ節腫脹 (無・有・著)</div><div>出血傾向 (無・有・著)</div><div>血栓傾向 (無・有・著)</div><div>肝臓 (無・有・著)</div><div>脾臓 (無・有・著)</div></div><div><div>(3) 検査成績</div><div>ア 末梢血液検査(平成 年 月 日)</div><div>※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。</div><div>ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL</div><div>網赤血球 ( ) 万/μL</div><div>血小板 ( ) 万/μL</div><div>白血球 ( ) /μL</div><div>好中球 ( ) /μL</div><div>リンパ球 ( ) /μL</div><div>病的細胞 ( ) %</div></div><div>イ その他の検査</div><div>画像検査(検査名 ) (平成 年 月 日)</div><div>所見( )</div><div>他の検査(検査名 ) (平成 年 月 日)</div><div>所見</div></div></div> <div><div>2. 治療状況</div><div>赤血球輸血 (年・月 回) 血小板輸血 (年・月 回)</div><div>補充療法 (年・月 回) 新鮮凍結血漿 (年・月 回)</div></div> <div><div>⑪ その他の疾患(平成 年 月 日現症)</div><div>1. 症状</div><div>2. 臨床検査</div></div> <div><div>⑫ 安静を要する程度</div><div>1. 絶対安静</div><div>2. ベッド上の安静</div><div>3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)</div><div>4. 室内歩行はよい(1時間以内)</div><div>5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)</div><div>6. 健康な人の2分の1程度の運動はよい</div><div>7. 軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし休憩時間を多くとる</div><div>8. 疲れない程度の普通の生活</div></div> <div><div>⑬ 備考</div><div>上記のとおり診断します。</div><div>平成 年 月 日</div><div>病院又は診療所の名称</div><div>所在地</div><div>診療担当科名</div><div>医師氏名</div><div>◎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。</div><div>◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。</div></div> |  | <div><div>⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)</div><div><div>1. 臨床所見</div><div>立ちくらみ (有・無)</div><div>動悸 (有・無)</div><div>息切れ (有・無)</div><div>出血傾向 (有・無)</div><div>発熱 (有・無)</div><div>感染 (有・無)</div><div>輸血の回数及び量 昭和 年 月 日 ～ 昭和 年 月 日</div><div>回計 cc</div><div>その他の臨床所見</div></div><div><div>2. 血液検査成績(平成 年 月 日)</div><div><div><div>末梢血液</div><div>検査項目</div><div>検査成績</div></div><div>血色素量 g/dL %</div><div>赤血球数 ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup></div><div>網赤血球 %</div><div>白血球数 /mm<sup>3</sup></div><div>顆粒球数 /mm<sup>3</sup></div><div>病的細胞 %</div><div>血液</div><div>血小板数 ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup></div><div>骨</div><div>有核細胞数 ×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup></div><div>巨核球数 /mm<sup>3</sup></div><div>リンパ球 %</div><div>E / M</div><div>髓</div><div>病的細胞 %</div></div></div></div> <div><div>⑪ その他の疾患(平成 年 月 日現症)</div><div>1. 症状</div><div>2. 臨床検査</div></div> <div><div>⑫ 安静を要する程度</div><div>1. 絶対安静</div><div>2. ベッド上の安静</div><div>3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)</div><div>4. 室内歩行はよい(1時間以内)</div><div>5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)</div><div>6. 健康な人の2分の1程度の運動はよい</div><div>7. 軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし休憩時間を多くとる</div><div>8. 疲れない程度の普通の生活</div></div> <div><div>⑬ 備考</div><div>上記のとおり診断します。</div><div>平成 年 月 日</div><div>病院又は診療所の名称</div><div>所在地</div><div>診療担当科名</div><div>医師氏名</div><div>◎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。</div><div>◎字は楷書ではっきりと書いて下さい。</div></div> |  |

| 新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 旧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (裏面)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | (裏面)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>注意</p> <p>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。</p> <p>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、詳しく記入してください。</p> <p>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それに記入してください。</p> <p>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初めて医師の診断を受けた日を記入してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5 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。</p> <p>6 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</p> <p>7 ⑨の欄の「8 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。</p> <p>8 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。</p> <p>9 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。</p> | <p>注意</p> <p>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。</p> <p>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、詳しく記入してください。</p> <p>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それに記入してください。</p> <p>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初めて医師の診断を受けた日を記入してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5 <u>血液の検査成績は、過去3か月間において、症状を最もよく表している成績を記入してください。</u></p> <p>6 <u>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。</u></p> <p>7 <u>⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</u></p> <p><u>8</u> <u>⑨の欄の「8 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。</u></p> <p>9 <u>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。</u></p> <p><u>10</u> <u>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。</u></p> |

障害児福祉手当認定診断書 様式第2号 新旧対照表 (案)

[illegible]

| 新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 旧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p data-bbox="510 236 609 256">(裏面)</p> <p data-bbox="107 284 159 304">注 意</p> <p data-bbox="129 309 913 708">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。<br/>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。</p> <p data-bbox="129 379 913 400">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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。</p> <p data-bbox="129 405 913 472">3 ⑦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。</p> <p data-bbox="129 477 913 497">4 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。</p> <p data-bbox="129 502 913 569">5 ⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。</p> <p data-bbox="129 574 913 611">また、オーディオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、COR検査(条件聴索反応検査)を組み合わせ実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。</p> <p data-bbox="129 616 913 636">また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。</p> <p data-bbox="129 641 913 708">6 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。<br/>なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。</p> <p data-bbox="129 691 913 711">7 口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。</p> | <p data-bbox="1541 223 1653 244">(裏面)</p> <p data-bbox="1104 276 1155 296">注 意</p> <p data-bbox="1126 301 1933 368">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。<br/>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。</p> <p data-bbox="1126 373 1933 394">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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。</p> <p data-bbox="1126 399 1933 466">3 ⑦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。</p> <p data-bbox="1126 470 1933 491">4 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。</p> <p data-bbox="1126 496 1933 563">5 ⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。</p> <p data-bbox="1126 568 1933 588">また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。</p> <p data-bbox="1126 593 1933 660">6 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。<br/>なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。</p> <p data-bbox="1126 643 1933 663">7 口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。</p> |

特別障害者手当認定診断書 様式第15号 新旧対照表（案）

| 新                                                                                                                      |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | 旧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                     |  |          |     |                                                                                              |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------|--|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------|----------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|----------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|--|----------|-----|--|--|---------------|--|--|--|---------------|--|--|--|------------|--|--|--|----------------|--|--|--|------------------|--|--|--|------------|--|--|--|--------------|--|--|--|-----------|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|--|--|---------------------------|--|--|--|-------------|--|--|--|----------------|--|--|--|---------------|--|--|--|-----------|--|--|--|-----------------|--|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|-----|----|--|--|------|-----|--|--|---------------|--|--|--|---------------|--|--|--|------------|--|--|--|----------------|--|--|--|------------------|--|--|--|------------|--|--|--|--------------|--|--|--|-----------|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|--|--|---------------------------|--|--|--|-------------|--|--|--|----------------|--|--|--|---------------|--|--|--|-----------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| 様式第15号                                                                                                                 |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | 様式第15号                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |  |          |     |                                                                                              |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 特別障害者手当認定診断書（ <div>肝臓<br/>血液</div> 疾患及びその他の疾患用）                                                                        |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | 特別障害者手当認定診断書（ <div>肝臓<br/>血液</div> 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                                                                                                                            |               | 昭和 年 月 日 |          |  | ①氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |  |          | 男・女 | ②生年月日                                                                                        |    | 昭和 年 月 日      |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ③住所                                                                                                                    |     |          |  |     |                                                                                                                                  | ④障害の原因となった傷病名 |          |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ③住所                 |  |          |     |                                                                                              |    | ④疾病の原因となった傷病名 |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑤④のためはじめて医師の診断を受けた日                                                                                                    |     | 昭和 年 月 日 |  |     |                                                                                                                                  | ⑥傷病発生年月日      |          | 昭和 年 月 日 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ⑤④のためはじめて医師の診断を受けた日 |  | 昭和 年 月 日 |     |                                                                                              |    | ⑥傷病発生年月日      |  | 昭和 年 月 日 |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑦障害が継続すると判定された日                                                                                                        |     | 昭和 年 月 日 |  | 推定  |                                                                                                                                  | ⑧将来再認定の要      |          | 有（ 年後）・無 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ⑦障害が継続すると判定された日     |  | 昭和 年 月 日 |     | 推定                                                                                           |    | ⑧将来再認定の要      |  | 有（ 年後）・無 |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 障 害 の 状 態                                                                                                              |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | 障 害 の 状 態                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                     |  |          |     |                                                                                              |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑨肝疾患（平成 年 月 日現症）                                                                                                       |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | ⑨肝疾患（平成 年 月 日現症）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                     |  |          |     |                                                                                              |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 1 臨床所見                                                                                                                 |     |          |  |     | (3) 検査成績                                                                                                                         |               |          |          |  | 1 臨床所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                     |  |          |     | (3) 検査成績                                                                                     |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| (1) 自覚症状<br>全身倦怠感（無・有・著）<br>発熱（無・有・著）<br>食欲不振（無・有・著）<br>悪心・嘔吐（無・有・著）<br>皮膚そう痒感（無・有・著）<br>有痛性筋痙攣（無・有・著）<br>吐血・下血（無・有・著） |     |          |  |     | (2) 他覚所見<br>肝萎縮（無・有・著）<br>脾腫大（無・有・著）<br>浮腫（無・有・著）<br>腹水（無・有・有（難治性））<br>黄疸（無・有・著）<br>腹壁静脈怒張（無・有・著）<br>肝性脳症（無・有（度））<br>出血傾向（無・有・著） |               |          |          |  | <table><tr><td>検査日</td><td>施設</td><td></td><td></td></tr><tr><td>検査項目</td><td>基準値</td><td></td><td></td></tr><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></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 |  |  |  | <table><tr><td>検査日</td><td>施設</td><td></td><td></td></tr><tr><td>検査項目</td><td>基準値</td><td></td><td></td></tr><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></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                                                                                                        |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |  |          |     |                                                                                              |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 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<br>A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)                                                                  |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | 2 Child-Pughによるgrade<br>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 年 月 日)<br>所見 グレード( ) ステージ( )                                                                        |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | 3 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>所見 グレード( ) ステージ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                     |  |          |     |                                                                                              |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 4 食道・胃などの静脈瘤<br>(1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>(2) 吐血・下血の既往 無・有 ( 回)<br>(3) 治療歴 無・有 ( 回)                                   |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | 4 食道・胃などの静脈瘤<br>(1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>(2) 吐血・下血の既往 無・有 ( 回)<br>(3) 治療歴 無・有 ( 回)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                     |  |          |     |                                                                                              |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 5 肝腫瘍治療歴 無・有<br>・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回<br>・放射線療法 回 ・化学療法 回                                                             |     |          |  |     | 8 その他の所見<br>(1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日))<br>経過<br><br>(2) その他(超音波・CT・MRI検査等)(平成 年 月 日)                                     |               |          |          |  | 5 肝腫瘍治療歴 無・有<br>・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回<br>・放射線療法 回 ・化学療法 回                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |  |          |     | 8 その他の所見<br>(1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日))<br>経過<br><br>(2) その他(超音波・CT・MRI検査等)(平成 年 月 日) |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 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<br>所見                                                                                    |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | 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<br>所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |  |          |     |                                                                                              |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 7 治療内容<br>(1) 利尿剤(無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有)<br>(2) 特殊アミノ酸製剤(無・有) (5) 血小板輸血(無・有)<br>(3) 抗ウイルス療法(無・有) (6) その他<br>具体的内容    |     |          |  |     |                                                                                                                                  |               |          |          |  | 7 治療内容<br>(1) 利尿剤(無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有)<br>(2) 特殊アミノ酸製剤(無・有) (5) 血小板輸血(無・有)<br>(3) 抗ウイルス療法(無・有) (6) その他<br>具体的内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                     |  |          |     |                                                                                              |    |               |  |          |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  |  |  |     |    |  |  |      |     |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |

| 新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       | 旧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------|------|----|------|--------|------|-----------------------------------|------|---|----|------|------------------|------|------------------|------|---|----|-------|-----------------------------------|-------|-----------------------------------|------|------------------|--|------|---|--|-----|--|--|------|---|
| <div><div>⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)</div><div><div>1 臨床所見</div><div><div>(1) 自覚症状</div><div>立ちくらみ (無・有・著)</div><div>易疲労感 (無・有・著)</div><div>動悸 (無・有・著)</div><div>息切れ (無・有・著)</div><div>発熱 (無・有・著)</div><div>紫斑 (無・有・著)</div><div>月経過多 (無・有・著)</div><div>関節症状 (無・有・著)</div><div>(2) 他覚所見</div><div>易感染性 (無・有・著)</div><div>リンパ節腫脹 (無・有・著)</div><div>出血傾向 (無・有・著)</div><div>血栓傾向 (無・有・著)</div><div>肝臓 (無・有・著)</div><div>脾臓 (無・有・著)</div></div><div><div>(3) 検査成績</div><div>ア 末梢血液検査(平成 年 月 日)</div><div>※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下さい。</div><div>ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL</div><div>網赤血球 ( ) 万/μL</div><div>血小板 ( ) 万/μL</div><div>白血球 ( ) /μL</div><div>好中球 ( ) /μL</div><div>リンパ球 ( ) /μL</div><div>病的細胞 ( ) %</div></div><div>イ その他の検査</div><div>画像検査(検査名 ) (平成 年 月 日)</div><div>所見( )</div><div>他の検査(検査名 ) (平成 年 月 日)</div><div>所見</div></div></div> <div><div>2. 治療状況</div><div>赤血球輸血 (年・月 回) 血小板輸血 (年・月 回)</div><div>補充療法 (年・月 回) 新鮮凍結血漿 (年・月 回)</div></div> |       | <div><div>⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)</div><div><div>1. 臨床所見</div><div>立ちくらみ (有・無)</div><div>動悸 (有・無)</div><div>息切れ (有・無)</div><div>出血傾向 (有・無)</div><div>発熱 (有・無)</div><div>感染 (有・無)</div><div>輸血の回数及び量 昭和 年 月 日 ～ 昭和 年 月 日</div><div>回計 cc</div><div>その他の臨床所見</div></div><div><div>2. 血液検査成績(平成 年 月 日)</div><table><thead><tr><th></th><th>検査項目</th><th>検査成績</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="3">末梢</td><td>血色素量</td><td>g/dl %</td></tr><tr><td>赤血球数</td><td>×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup></td></tr><tr><td>網赤血球</td><td>%</td></tr><tr><td rowspan="3">血液</td><td>白血球数</td><td>/mm<sup>3</sup></td></tr><tr><td>顆粒球数</td><td>/mm<sup>3</sup></td></tr><tr><td>病的細胞</td><td>%</td></tr><tr><td rowspan="3">骨髄</td><td>血血小板数</td><td>×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup></td></tr><tr><td>有核細胞数</td><td>×10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup></td></tr><tr><td>巨核球数</td><td>/mm<sup>3</sup></td></tr><tr><td></td><td>リンパ球</td><td>%</td></tr><tr><td></td><td>E/M</td><td></td></tr><tr><td></td><td>病的細胞</td><td>%</td></tr></tbody></table></div></div> |  | 検査項目 | 検査成績 | 末梢 | 血色素量 | g/dl % | 赤血球数 | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> | 網赤血球 | % | 血液 | 白血球数 | /mm <sup>3</sup> | 顆粒球数 | /mm <sup>3</sup> | 病的細胞 | % | 骨髄 | 血血小板数 | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> | 有核細胞数 | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup> | 巨核球数 | /mm <sup>3</sup> |  | リンパ球 | % |  | E/M |  |  | 病的細胞 | % |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 検査項目  | 検査成績                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
| 末梢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 血色素量  | g/dl %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 赤血球数  | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 網赤血球  | %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
| 血液                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 白血球数  | /mm <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 顆粒球数  | /mm <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 病的細胞  | %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
| 骨髄                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 血血小板数 | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 有核細胞数 | ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 巨核球数  | /mm <sup>3</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | リンパ球  | %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | E/M   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 病的細胞  | %                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |      |      |    |      |        |      |                                   |      |   |    |      |                  |      |                  |      |   |    |       |                                   |       |                                   |      |                  |  |      |   |  |     |  |  |      |   |

⑪ その他の疾患(平成 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

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. 健康な人の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 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、肉体力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。

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。

| 新                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 旧                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (裏面)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (裏面)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>注意</p> <p>1 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。<br/>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。</p> <p>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それに記入してください。</p> <p>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初めて医師の診断を受けた日を記入してください。<br/>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。</p> <p>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。</p> <p>5 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。</p> <p>6 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</p> <p>7 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。</p> <p>8 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。</p> <p>9 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。</p> | <p>注意</p> <p>1 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。<br/>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。</p> <p>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それに記入してください。</p> <p>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初めて医師の診断を受けた日を記入してください。<br/>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。</p> <p>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。</p> <p>5 血液の検査成績は、過去3か月間において、症状を最もよく表している成績を記入してください。</p> <p>6 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。</p> <p>7 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</p> <p>8 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。</p> <p>9 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。</p> <p>10 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。</p> |

【改正後全文】

障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について

〔昭和60年12月28日 社更第162号〕  
〔各都道府県知事宛 厚生省社会局長通知〕

- 第1次改正 平成11年障発第216号  
第2次改正 平成13年7月31日雇児発第502号  
障発第325号  
第3次改正 平成23年1月11日障発0111第1号  
第4次改正 平成23年8月9日障発0809第3号  
第5次改正 平成25年5月10日障発0510第3号  
第6次改正 平成26年5月20日障発0520第3号  
第7次改正 平成27年6月19日障発0619第3号  
第8次改正 平成28年4月14日障発0414第2号  
第9次改正 平成29年12月21日障発1221第2号

先般、国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年5月1日法律第34号）により、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の一部が改正され、福祉手当制度が再編されるとともに、新たに特別障害者手当制度が創設され、昭和61年4月1日から実施されることに伴い、標記の手当の支給対象となる障害の程度に関する認定の基準を別紙のとおり定めたので、その運用について遺憾のないよう取り計らわれない。

なお、これに伴い、昭和50年8月13日社更第114号本職通知「福祉手当の障害認定基準について」は、昭和61年3月31日で廃止する。

## 別 紙

### 障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準

#### 第一 共通的一般事項

- 1 この認定基準は、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令（以下「令」という。第1条第1項及び第2項に該当する程度の障害の認定基準を定めたものであること。
- 2 特別児童扶養手当等の支給に関する法律（以下「法」という。）第2条第2項及び第3項にいう障害の状態とは、精神又は身体に令第1条第1項及び第2項に該当する程度の障害があり、かつ、その障害が永続性を有するか、又は長期にわたって回復しない状態をいうものであること。
- 3 障害程度の認定は、原則として、別添に定める障害児福祉手当認定診断書及び特別障害者手当認定診断書（以下「認定診断書」という。）によって行うこと。

なお、精神障害その他の疾患で当該認定診断書のみでは認定が困難な場合にあっては必要に応じ療養の経過、日常生活の状況の調査、検診等を実施した結果に基づき認定すること。

- 4 認定診断書は、身体障害者福祉法に規定する指定医師等該当する障害又は病状に係る専門医の作成したものとするよう指導すること。
- 5 視覚の測定及び聴覚等の測定においては、その障害程度の認定が、實際上極めて困難な場合があるので、偽病に注意して慎重に行うものとし、必要に応じて複数の医療機関等での判定に委ねることが望ましいこと。
- 6 肢体不自由についての障害の程度に当たっては一時的に得られる瞬間的能力をもって判定するものではなく、当該機能障害全般を総合した上で判定するものとし、個々の障害の程度について認定することが不可能な場合は、認定基準及び認定診断書の内容に基づき、日常生活動作の困難度等について、総合的に判断するものとする。  
なお、疼痛による機能障害を有するものについては、その疼痛が認定診断書により客観的に立証しうるものであれば機能障害として取り扱うものとする。
- 7 実施機関において、障害程度の認定に関し疑義を生ずる場合においては当該障害程度の認定について都道府県知事に必要に応じて照会すること。
- 8 障害の程度についての認定の適正を期するため、必要に応じ期間を定めて認定すること。

#### 第二 障害児福祉手当の個別基準

令別表第1に該当する障害の程度とは次によるものとする。

##### 1 視覚障害

###### (1)両眼の視力の和が0.02以下のもの

ア 試視力表の標準照度は、200ルクスとする。

イ 屈折異常のある者については、矯正視力によって測定するが、矯正視力とは、眼科的に最も適当な常用しうる矯正眼鏡（コンタクトレンズを含む。）によって得られた視力をいう。

ウ 両眼の視力の和とは、両眼視によって累加された視力ではなく、両眼のそれぞれの視

力を別々に測定した数値の和をいう。

- (2) 両眼の視力の和が0.03又は0.04であり、かつ、視野障害が全視野の2分の1以上に及ぶ障害のため、令別表第1第1号と同程度以上と認められ、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものであるときは、令別表第1第8号に該当するものとする。

ア 視野は、フェルステル氏視野計若しくは平面視野計又はこれに準ずるものを用いて測定する。

イ 視野障害が全視野の2分の1以上に及ぶものとは、白色視標による合同視野の生理的限界の面積が2分の1以上欠損している場合をいう。

なお、この際の面積は数量的に厳格に計算しなくてもよいが、視野表に関する診断書の記載が必要である。

## 2 聴覚障害

- (1) 両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別することができない程度のもの

ア 聴力レベルは、オーディオメータ（JIS規格又はこれに準ずるオーディオメータ）及び言語音によって測定するものとする。

ただし、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない児童等に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合には、オーディオメータによる検査に加えて、ABR検査（聴性脳幹反応検査）等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施する。また、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を診断書に記載し、記録データのコピー等を提出（添付）するものとする。

イ 両耳の聴力が補聴器を用いても音声を識別できないものとは、両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもので、全ろうを意味し、重度難聴用の補聴器を用いても、全く音声を識別できない程度のものをいう。

ウ 聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない児童等に対し、令別表第1に該当する場合は、オーディオメータによる検査結果のほか、ABR検査（聴性脳幹反応検査）等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査結果を把握して、総合的に認定する。

エ オーディオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の聴力の障害による認定については、ABR検査（聴性脳幹反応検査）又はASSR検査（聴性定常反応検査）及びCOR検査（条件詮索反応検査）を組み合わせて実施するものとする。

(イ) ABR検査（聴性脳幹反応検査）又はASSR検査（聴性定常反応検査）の聴力レベルのデシベル値が両耳とも100デシベル以上、COR検査（条件詮索反応検査）の聴力レベルのデシベル値が100デシベル以上のもので、全ろうを意味し、重度難聴用の補聴器を用いても、全く音声を識別できない程度のものをいう。

なお、エにより認定した場合は、原則として当該認定を行った日からおおむね2年後に再認定を行うこととする。

### 3 肢体不自由

#### (1) 両上肢の機能障害

##### ア 両上肢の機能に著しい障害を有するもの

(ア) 両上肢の機能を全廃したもの又は両上肢を手関節以上で欠くものについては、令別表第1第3号に該当するものとする。

なお、両上肢の機能全廃とは、各々の関節が強直若しくは、それに近い状態（可動域5度以内）にあるか又は関節に目的運動を起こさせる能力が欠如（筋力著減以下に相当するもの）していることで、日常生活動作に必要な運動を起こし得ない程度の障害をいう。

(イ) 両上肢の機能に著しい障害を有するものとはおおむね、両上肢のそれぞれについて肩、肘及び手の3大関節中いずれか2関節以上が全く用を廃する程度の障害を有するものをいう。

なお、この場合肩関節については、前方及び側方の可動域が30度未満のものは、その用を全く廃する程度の障害に該当するものとする。

##### イ 両上肢のすべての指を欠くもの

すべての指を欠くとは、それぞれの指を近位節（指）骨の基部から欠き、その有効長が0のものをいう。

ウ 両上肢の機能障害により、次の全ての動作が介護なしでは自立できない状態にあり、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度と認められるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

なお、介護なしでは自立できない状態とは、次の㉠から㉤に掲げる動作について左右の上肢を用いてもその用を弁ずることができないものをいい、診断書に記載のその他の日常動作、つまむ、にぎる等の個々の基本動作が可能であっても、自助具を含む補装具等を自ら装着使用して他の総合動作を行うことができないものについては、個々の基本動作不能に該当するものとする。

㉠ 食事

㉡ 洗面

㉢ 便所の処理

㉣ 衣服の着脱

#### (2) 両下肢の機能障害

##### ア 両下肢の用を全く廃したもの

両下肢の機能の用を全く廃したものとは、各々の関節が強直若しくはそれに近い状態にあるか又は下肢に運動を起こさせる能力が欠如（筋力著減以下に相当するもの）し、起立歩行に必要な動作を起こし得ない程度の障害をいう。

##### イ 両大腿を2分の1以上失ったもの

切断を判定する場合、切断肢の骨の突出、癒痕拘縮神経腫等が存するときは、これらの部分を除いた実用長により判定するものとする。したがって、実用長が計測値より短い場合がある。

ウ 両下肢の著しい機能障害により、次のすべての動作について介護なしでは自立できない状態にあり、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度と認められるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

㊦ 階段の昇降

㊧ 室内の歩行

エ 両下肢に障害を有する場合で、自己の最大限の努力により室内の歩行が可能な場合であっても、その歩行が身体又は障害そのものに悪影響を与えるものであるときは、歩行可能とはせず、歩行不能に該当するものとする。

### (3) 体幹の機能障害

ア 体幹の機能に座っていることができない程度の障害を有するもの。

(ア) 体幹の機能障害は、高度体幹麻痺等を後遺した脊髓性小児麻痺、脳性麻痺、脊髓損傷、強直性脊椎炎等によって生ずるが、四肢の機能障害を伴っている場合が多いので、両者を総合して障害の程度を判定するものとする。

(イ) 座っていることができないとは、腰掛、正座、横座り、長座位及びあぐらのいずれもできないものをいう。

イ 体幹の機能障害により、次の全ての動作について介護なしでは自立できない状態にあり、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度と認められるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

㊦ 座位の保持

㊧ 起立保持

㊨ 立ち上り

## 4 内部障害

### (1) 心臓の機能障害

ア 心臓の機能障害については、永続する機能障害（将来とも回復する可能性がないか極めて少ないものをいう。以下同じ。）をいうものとする。

イ 心臓の機能障害の程度についての判定は、呼吸困難、心悸亢進、チアノーゼ、浮腫等の臨床症状、X線、心電図等の検査成績、一般状態、治療及び病状の経過等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

ウ 令別表第1第8号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

次のうちいずれか2以上の所見があり、かつ、安静時又は自己の身の日常生活活動でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの。

- (ア) 心胸比が60%以上のもの
  - (イ) 心電図で陈旧性心筋梗塞所見があるもの
  - (ウ) 心電図で脚ブロック所見があるもの
  - (エ) 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
  - (オ) 心電図で第2度の房室ブロック所見があるもの
  - (カ) 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が1分間10以上のもの
  - (キ) 心電図でSTの低下が0.2mv以上の所見があるもの
  - (ク) 心電図で第1誘導、第2誘導及び胸部誘導（ただしV<sub>1</sub>を除く。）のいずれかのT波が逆転した所見があるもの
- エ 前記ウのほか小児の心臓機能障害で令別表第1第8号に該当するものと思われる病状には、次のようなものがある。

原則として重い心不全症状、低酸素血症又はアダムス・ストークス発作のため継続的医療を必要とするもので、次のうち6以上の所見があるもの

（臨床所見）

- 1 著しい発育障害
- 2 心音心雑音の異常
- 3 多呼吸又は呼吸困難
- 4 運動制限
- 5 チアノーゼ
- 6 肝腫大
- 7 浮腫

（胸部X線所見）

- 8 心胸比56%以上
- 9 肺血流量の増加又は減少
- 10 肺静脈のうっ血像

（心電図所見）

- 11 心室負荷像
- 12 心房負荷像
- 13 病的な不整脈
- 14 心筋障害像

(2) 呼吸器（呼吸器系結核及び換気機能）の機能障害

ア 呼吸器の機能障害については、永続する機能障害をいうものとする。

イ 呼吸器の機能障害の程度についての判定は、予測肺活量1秒率（以下「指数」という。）及び臨床症状によるものとする。ここでいう指数とは、1秒量（最大努力下の最初の1秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長で正常な状態ならば当然ある

と予測される肺活量の値) に対する 100 分率である。

ウ 次に掲げる状態のいずれかに該当するため、自己の身の日常生活活動が極度に制限されるものについては、令別表第 1 第 8 号に該当するものとする。

(ア) 呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの

(イ) 指数の測定ができないもの又は指数が 20 以下のもの

### (3) 腎臓の機能障害

ア 腎臓の機能障害については、永続する腎機能不全、尿生成異常をいうものとする。

イ 腎臓の機能障害の程度は、慢性透析療法を行う必要があるものについては、当該療法実施前の状態で判定するものとする。

ウ 腎臓の機能障害の程度についての判定は、臨床症状、腎臓機能検査成績、尿所見、血球算定検査、血液生化学検査（血清尿素毒素、血清クレアチニン、血清電解質、血清シスタチン C 等）、血液ガス分析、推算糸球体濾過値（eGFR）、腎生検、一般状態、治療及び病状の経過等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第 1 第 8 号に該当するものとする。

エ 令別表第 1 第 8 号に該当すると思われる病状には次のようなものがある。

(ア) 腎臓機能検査において、内因性クレアチニンクリアランスが 15ml/分未満又は推算糸球体濾過値（eGFR）が 15 未満であって、かつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか又は次のいずれかの所見があるもの

㊦ 尿毒症性心包炎

㊧ 尿毒症性出血傾向

㊨ 尿毒症性中枢神経症状

(イ) 次表に掲げる検査成績のうちアが異常を示し、かつ、イ又はウのいずれかが異常を示すもので、ネフローゼ症候群と診断されるもの。

| 区分 | 検査項目          | 単位                   | 異常     |
|----|---------------|----------------------|--------|
| ア  | 血清アルブミン       | g/dl                 | 2.5 以下 |
| イ  | 早朝尿蛋白量／クレアチン比 | g/g クレアチン            | 2.0 以上 |
| ウ  | 夜間尿蓄尿蛋白量      | mg/hr/m <sup>2</sup> | 40 以上  |

オ 腎臓機能検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、腎臓疾患による病状の程度の判定に当たっては、診断書作成日前 3 か月間において最も適切に症状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

### (4) 肝臓疾患

ア 肝臓疾患による病状の程度についての判定は、おおむね 3 か月以上の療養を必要とし、悪心、黄疸、腹水、肝萎縮、肝性脳症、出血傾向等の臨床症状、肝臓機能検査成績、一般

状態、治療及び病状の経過等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

イ 令別表第1第8号に該当すると思われる病状は次の(ア)に定める検査成績を示すものをいう。

(ア) 次表に掲げる肝機能異常度指表の検査成績のうち高度異常を3つ以上示すもの又は高度異常を2つ及び中等度の異常を2つ以上示すもの

肝機能異常度指表

| 検査項目／臨床所見                | 基準値     | 中等度の異常      | 高度異常    |
|--------------------------|---------|-------------|---------|
| 血清総ビリルビン<br>(mg/dl)      | 0.3～1.2 | 2.0以上 3.0以下 | 3.0超    |
| 血清アルブミン<br>(g/dl) (BCG法) | 4.2～5.1 | 3.0以上 3.5以下 | 3.0未満   |
| 血小板数<br>(万/ $\mu$ l)     | 13～35   | 5以上 10未満    | 5未満     |
| プロトロン時間 (PT)<br>(%)      | 70超～130 | 40以上 70以下   | 40未満    |
| 腹水                       | —       | 腹水あり        | 難治性腹水あり |
| 脳症 (表1)                  | —       | I度          | II度     |

ウ 肝機能検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、肝臓疾患による病状の程度の判定に当たっては、診断書作成日前3か月における1か月以上の間隔をおいた2回の検査成績に基づいて行うものとする。

表1 昏睡度分類

| 昏睡度 | 精神症状                                                                                                     | 参考事項                           |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| I   | 睡眠－覚醒リズムの逆転<br>多幸気分ときに抑うつ状態<br>だらしなく、気にとめない状態                                                            | あとでふり返ってみて判定できる                |
| II  | 指南力 (時、場所) 障害、物を取り違える (confusion)<br>異常行動<br>ときに傾眠状態 (普通のよびかけで開眼し会話ができる)<br>無礼な言動があつたりするが、他人の指示に従う態度をみせる | 興奮状態がない<br>尿便失禁がない<br>羽ばたき振戦あり |
| III | しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴                                                                                       | 羽ばたき振戦あり                       |

|    |                                                                               |                              |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|    | い、反抗的態度をみせる<br>嗜眠状態（ほとんど眠っている）<br>外的刺激で開眼しうるが、他人の指示に従わない、または従えない（簡単な命令には応じえる） | （患者の協力がえられる場合）<br>指南力は高度に障害  |
| IV | 昏睡（完全な意識の消失）<br>痛み刺激に反応する                                                     | 刺激に対して、払いのける動作、顔をしかめるなどがみられる |
| V  | 深昏睡<br>痛み刺激にも全く反応しない                                                          |                              |

#### (5) 血液疾患

ア 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

イ 令別表第1第8号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表3系列のうち2系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

| 区分    | 系列   | 検査項目     | 単位   | 高度異常     |
|-------|------|----------|------|----------|
| 末梢血液像 | 赤血球系 | ヘモグロビン濃度 | g/dL | 7未満      |
|       |      | 網赤血球     | /μL  | 20,000未満 |
|       | 白血球系 | 白血球数     | /μL  | 1,000未満  |
|       |      | 好中球数     | /μL  | 500未満    |
|       | 血小板系 | 血小板数     | /μL  | 20,000未満 |

ウ 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

#### 5 その他の疾患

(1) 前各項に掲げるもののほか、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においては、その状態が令別表第1第1号から第7号までと同程度以上と認め

られるものであって、日常生活において常時の介護を必要とする程度のものであるときは、令別表第1第8号に該当するものとする。

(2) (1)の機能の障害又は病状の程度の判定については、1から4に準じて行うものとする。

## 6 精神の障害

(1) 精神の障害は、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分（感情）障害、症状性を含む器質性精神障害、てんかん、知的障害、発達障害に区分し、その傷病及び状態像が令別表第1第9号に該当すると思われる症状等には、次のようなものがある。

ア 統合失調症によるものにあつては、高度の残遺状態又は高度の病状があるため、高度の人格変化、思考障害、その他妄想、幻覚等の異常体験が著明なもの

イ 統合失調症型障害及び妄想性障害によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記アに準ずるもの

ウ 気分（感情）障害によるものにあつては、高度の気分、意欲・行動の障害及び高度の思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり頻繁にくりかえしたりするもの

エ 症状性を含む器質性精神障害（高次脳機能障害を含む。）によるものにあつては、高度の認知障害、高度の人格変化、その他の高度の精神神経症状が著明なもの

なお、アルコール、薬物等の精神作用物質の使用による精神及び行動の障害についてもこの項に含める

（注1） 高次脳機能障害とは、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、日常生活又は社会生活に制約があるものが認定の対象となる。その障害の主な症状としては、失行、失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などがある。

なお、障害の状態は、代償機能やリハビリテーションにより好転も見られることから療養及び症状の経過を十分考慮すること。

オ てんかんによるものにあつては、十分な治療にかかわらず、てんかん性発作を極めてひんぱんに繰り返すもの

なお、てんかん発作については、抗てんかん薬の服用や、外科的治療によって抑制される場合にあつては、原則として認定の対象としない

カ 知的障害によるものにあつては、食事や身のまわりのことを行うのに全面的な援助が必要であつて、かつ、会話による意思の疎通が不可能か著しく困難なもの

（注1） 知的障害の認定に当たっては、知能指数のみに着眼することなく、日常生活のさまざまな場面における援助の必要度を勘案して総合的に判断する。

（注2） 日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能を考慮のうえ、社会的な適応性の程度によって判断するよう努める。

キ 発達障害によるものにあつては、社会性やコミュニケーション能力が欠如しており、かつ、著しく不適応な行動が見られるもの

(注1) 発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものをいう。

(注2) 発達障害については、たとえ知能指数が高くても、社会行動やコミュニケーション能力の障害により対人関係や意思疎通を円滑に行うことができないために日常生活に著しい制限を受けることに着目して行う。

(注3) 日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能を考慮のうえ、社会的な適応性の程度によって判断するよう努める。

ク アからキまでの認定の対象となる精神疾患が併存しているときは、併合認定の取扱いを行わず、諸症状を総合的に判断して認定する。

(2) 精神の障害の程度については、日常生活において常時の介護又は援助を必要とする程度以上のものとする。

(3) 知的障害の程度については、知的機能の発達程度のほか、適応行動上の障害を十分勘案のうえ、別表に掲げる知的機能の程度により判定するものとし、年齢階層別の障害の程度が最重度とされるものについては令別表第1第9号に該当するものとする。

なお、この場合における知的障害の程度は、標準化された知能検査による知能指数がおおむね20以下に相当する。

## 7 令別表第1第10号による障害

身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害が重複する場合の障害の程度の認定は次によるものとする。

(1) 病状と機能障害が重複する場合又は病状が重複する場合若しくは機能障害が重複する場合の障害の程度の判定に当たっては、一般状態、医学的な原因及び経過等を総合的に勘案することとし、その状態が日常生活において常時の介護を必要とする程度のものであるときは、令別表第1第10号に該当するものとする。

(2) 知的障害と他の病状又は機能障害が重複する場合における知的障害の程度については、別表に掲げる年齢階層別の障害の程度が重度とされたものとする。

なお、この場合における知的障害の程度は標準化された知能検査による知能指数がおおむね35以下に相当する。

(3) 前記(1)及び(2)における機能障害の程度については、次に掲げる程度のものとする。

ア 両眼の視力の和が0.03又は0.04のもの

イ 両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの

ウ 両上肢の機能障害により、次に掲げる動作の2分の1以上について介助が必要なもの

㊦ 食事

㊧ 洗面

㊨ 便所の処理

- ㊤ 衣服の着脱
- エ 両下肢の機能障害により、次に掲げる動作の2分の1以上について介助が必要なもの
  - ㊦ 階段の昇降
  - ㊧ 室内の歩行
- オ 体幹の機能障害により、次に掲げる動作の2分の1以上について介助が必要なもの
  - ㊦ 座位の保持
  - ㊧ 起立保持
  - ㊨ 立ち上り

### 第三 特別障害者手当の個別基準

#### 1 令第1条第2項第1号に該当する障害

令第1条第2項第1号に該当する障害の程度とは、令別表第2各号に掲げる障害が重複するものとし、令別表第2各号に該当する障害の程度とは次によるものとする。

##### (1) 視覚障害

両眼の視力の和が0.04以下のもの

ア 試視力表の標準照度は、200ルクスとする。

イ 屈折異常のある者については、矯正視力によって測定するが、矯正視力とは、眼科的に最も適当な常用しうる矯正眼鏡（コンタクトレンズを含む。）によって得られた視力をいう。

ウ 両眼の視力の和とは、両眼視によって累加された視力ではなく、両眼のそれぞれの視力を別々に測定した数値の和をいう。

##### (2) 聴覚障害

両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの

ア 聴力レベルは、オーディオメータ（JIS規格又はこれに準ずるオーディオメータ）によって測定するものとする。

ただし、聴覚の障害により、障害年金を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳も取得していない者に対し、令第1条第2項に該当する診断を行う場合には、オーディオメータによる検査に加えて、ABR検査（聴性脳幹反応検査）等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施する。また、その結果（実施した検査方法及び検査所見）を診断書に記載し、記録データのコピー等を提出（添付）するものとする。

イ 聴力レベルのデシベル値は、会話音域すなわち周波数500、1000、2000ヘルツの純音のデシベル値の平均値とする。平均値は周波数500、1000、2000ヘルツにおける純音の各々のデシベル値をa、b、cとした場合、次の算式により算出する。

$$\frac{a + 2b + c}{4}$$

なお、この場合、a、b、cのうちいずれか1又は2が測定不能のとき（100デシベルの音も聴取できない場合）は、当該部分のデシベル値を105デシベルとし上記算式に計上し聴力レベルを算定する。

ウ 聴覚の障害により、障害年金を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳も取得していない者に対し、令第1条第2項に該当する場合は、オーディオメータによる検査結果のほか、ABR検査（聴性脳幹反応検査）等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査結果を把握して、総合的に認定する。

### (3) 両上肢の機能障害

両上肢の機能に著しい障害を有するもの又は両上肢のすべての指を欠くもの若しくは両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するもの

ア 両上肢の機能に著しい障害を有するものとは、おおむね両上肢のそれぞれについて肩、肘及び手の3大関節中いずれか2関節以上が用を廃する程度の障害を有するものをいう。この場合において、関節が用を廃する程度の障害を有するとは、各々の関節が強直若しくはそれに近い状態（可動域10度以下）にある場合又は関節に目的運動を起こさせる筋力が著減（徒手筋力テスト2以下）している場合で日常生活動作に必要な運動を起こし得ない程度の障害をいう。

ただし、肩関節については、前方及び側方の可動域が30度以下のものは、その用を廃する程度の障害に該当するものとする。

なお、この場合には上肢装具等の補装具を使用しない状態で、日常生活において次のいずれの動作も行ふことができないものである。

㊦ かぶりシャツの着脱（1分以内に行う）

㊧ ワイシャツのボタンをとめる（1分以内に行う）

イ 両上肢のすべての指を欠くものとは、それぞれの指を近位節（指）骨の基部から欠き、その有効長が0のものをいう。

ウ 両上肢のすべての指の機能に著しい障害を有するものとは、指の著しい変形、麻痺による高度の脱力、関節の強直、瘢痕による指の埋没又は拘縮等により指があってもそれがないのとほとんど同程度の機能障害があるものをいう。

なお、この場合には日常生活において次のいずれの動作も行ふことができないものである。

㊦ タオルをしぼる（水を切れる程度）

㊧ とじひもを結ぶ（10秒以内に行う）

### (4) 両下肢の機能障害

両下肢の機能に著しい障害を有するもの又は両下肢を足関節以上で欠くもの

ア 両下肢の機能に著しい障害を有するものとは、おおむね両下肢のそれぞれについて股、

膝及び足の３大関節中いずれか２関節以上が用を廃する程度の障害を有するものをいう。この場合において、関節が用を廃する程度の障害を有するとは、各々の関節が強直若しくはそれに近い状態（可動域１０度以下。なお、足関節の場合は５度以下。）にある場合又は下肢に運動を起こさせる筋力が著減（徒手筋力テスト２以下）している場合で、起立歩行に必要な動作を起こし得ない程度の障害をいう。ただし、膝関節のみが１００度屈位の強直である場合のように単に１関節が用を廃するにすぎない場合であっても、その下肢は歩行する場合に使用することができないため、その下肢の機能に著しい障害を有するものとする。

なお、この場合にはつえ、松葉づえ、下肢装具等の補助具を使用しない状態で、日常生活において次のいずれの動作も行いうことができないものである。

㊦ 片足で立つ

㊧ 階段の昇降

イ 両下肢を足関節以上で欠くものとは、ショパール関節以上で欠くものをいう。

ウ 人工骨頭又は人工関節をそう入置換したものについては、そう入置換した状態で認定を行うものとする。

#### (5) 体幹の機能障害

体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの

ア 体幹の機能障害は、高度体幹麻痺等を後遺した脊髄性小児麻痺、脳性麻痺、脊髄損傷、強直性脊椎炎等によって生ずるが、これらの多くのものは障害が単に体幹のみならず四肢に及ぶものが多い。このような症例における体幹の機能障害とは四肢の機能障害を一応切り離して、体幹のみの障害の場合を想定して判定したものをいう。従ってこのような症例の場合は体幹と四肢の障害の程度を総合して判定するものであるが、この際体幹と下肢の重複障害として認定するときは慎重に行うこと。例えば脊髄損傷又は臀筋麻痺で起立困難の症例を体幹と下肢の両者の機能障害として重複障害として認定することは適当ではない。

イ 座っていることができないとは、腰掛、正座、横座り、長座位及びあぐらのいずれもできないものをいい、立ち上がることができないとは、臥位又は座位から自力のみで立ち上がれず、他人、柱、つえ、その他の器物の介護又は補助によりはじめて立ち上ることができるものをいう。

#### (6) 内部障害

ア 心臓の機能障害

(ア) 心臓の機能障害については、永続する機能障害（将来とも回復する可能性がないか極めて少ないものをいう。以下同じ。）をいうものとする。

(イ) 心臓の機能障害の程度についての判定は、呼吸困難、心悸亢進、チアノーゼ、浮腫等の臨床症状、X線、心電図等の検査成績、一般状態、治療及び病状の経過等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第2第6号に該当するものとする。

(ウ) 令別表第2第6号に該当すると思われる症状には、次のようなものがある。

次のうちいずれか2以上の所見があり、かつ、自己の身の日常生活活動でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの。

- ㊦ 心胸比が60%以上のもの
- ㊧ 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの
- ㊨ 心電図で脚ブロック所見があるもの
- ㊩ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの
- ㊪ 心電図で第2度の房室ブロック所見があるもの
- ㊫ 心電図で心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が1分間10以上のもの
- ㊬ 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの
- ㊭ 心電図で第1誘導、第2誘導及び胸部誘導（ただしV<sub>1</sub>を除く。）のいずれかのT波が逆転した所見があるもの
- ㊮ 心臓ペースメーカーを装着したもの
- ㊯ 人工弁を装着したもの

(エ) 心臓ペースメーカー及び人工弁を装着したものについては装着した状態で認定を行うものとする。

#### イ 呼吸器（呼吸器系結核及び換気機能）の機能障害

(ア) 呼吸器の機能障害については、永続する機能障害をいうものとする。

(イ) 呼吸器の機能障害の程度についての判定は、予測肺活量1秒率（以下「指数」という。）、動脈血ガス分析値及び臨床症状によるものとする。ここでいう指数とは、1秒量（最大努力下の最初の1秒間の呼気量）の予測肺活量（性別、年齢、身長で正常な状態ならば当然あると予測される肺活量の値）に対する百分率である。

(ウ) 令別表第2第6号に該当すると思われる機能障害の状態とは次の㊦又は㊧の所見があり、㊦の症状を有するものとする。

- ㊦ 呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの
- ㊧ 指数の測定ができないもの又は指数が20以下のもの
- ㊨ 動脈血ガス分析値が、動脈血O<sub>2</sub>分圧で55mmHg以下のもの又は動脈血CO<sub>2</sub>分圧で60mmHg以上のもの

#### ウ じん臓の機能障害

(ア) じん臓の機能障害については、永続するじん臓機能不全、尿生成異常をいうものとする。

(イ) 腎臓の機能障害の程度についての判定は、臨床症状、腎臓機能検査成績、尿所見、血球算定検査、血液生化学検査（血清尿素毒素、血清クレアチニン、血清電解質等）、動脈血ガス分析、腎生検、一般状態、治療及び病状の経過等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第2第6号に該当するものとする。

(ウ) 慢性透析療法を行う必要があるものにかかるじん機能検査は当該療法実施前の成績によるものとする。

(エ) 令別表第2第6号に該当すると思われる病状には次のようなものがある。

じん機能検査において、内因性クレアチニンクリアランスが10ml/分未満、血清クレアチニンが8.0mg/dl以上又は血液尿素窒素が80mg/dl以上であってかつ、自己の身の日常生活活動が著しく制限されるか又は次のいずれかの所見があるもの

- ㊦ 尿毒症性心包炎
- ㊧ 尿毒症性出血傾向
- ㊨ 尿毒症性中枢神経症状

じん機能検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、じん臓疾患による病状の程度の判定に当たっては、診断書作成日前3か月間において最も適切に症状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

#### エ 肝臓疾患

(ア) 肝臓疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とし、悪心、黄疸、腹水、肝萎縮、肝性脳症、出血傾向等の臨床症状、肝機能検査成績、一般状態、治療及び病状の経過等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第2第6号に該当するものとする。

(イ) 令別表第2第6号に該当すると思われる病状は次の㊩に定める検査成績を示すものをいう。

㊩ 次表に掲げる肝機能異常度指表の検査成績のうち高度異常を3つ以上示すもの又は高度異常を2つ及び中等度の異常を2つ以上示すもの

肝機能異常度指表

| 検査項目／臨床所見                | 基準値     | 中等度の異常     | 高度異常  |
|--------------------------|---------|------------|-------|
| 血清総ビリルビン<br>(mg/dl)      | 0.3～1.2 | 2.0以上3.0以下 | 3.0超  |
| 血清アルブミン<br>(g/dl) (BCG法) | 4.2～5.1 | 3.0以上3.5以下 | 3.0未満 |
| 血小板数<br>(万/μl)           | 13～35   | 5以上10未満    | 5未満   |

|                     |          |             |         |
|---------------------|----------|-------------|---------|
| プロトロン時間 (PT)<br>(%) | 70 超～130 | 40 以上 70 以下 | 40 未満   |
| 腹水                  | —        | 腹水あり        | 難治性腹水あり |
| 脳症 (表 1)            | —        | I 度         | II 度    |

(ウ) 肝機能検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、肝臓疾患による病状の程度の判定に当たっては、診断書作成日前 3 か月間における 1 か月以上の間隔をおいた 2 回の検査成績に基づいて行うものとする。

#### オ 血液疾患

(ア) 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね 3 か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第 2 第 6 号に該当するものとする。

(イ) 令別表第 2 第 6 号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表の 3 系列のうち 1 系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

| 区分    | 系列   | 検査項目     | 単位   | 高度異常      |
|-------|------|----------|------|-----------|
| 末梢血液像 | 赤血球系 | ヘモグロビン濃度 | g/dL | 7 未満      |
|       |      | 網赤血球     | /μL  | 20,000 未満 |
|       | 白血球系 | 白血球数     | /μL  | 1,000 未満  |
|       |      | 好中球数     | /μL  | 500 未満    |
|       | 血小板系 | 血小板数     | /μL  | 20,000 未満 |

(ウ) 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

#### (7) その他の疾患

ア 前各項に掲げるもののほか、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においては、その状態が令別表第 2 第 1 号から第 5 号までと同程度以上と認められるものであって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のものであるときは令別表第 2 第 6 号に該当するものとする。

イ アの機能の障害又は症状の程度の判定については、(1)から(4)に準じて行うものとする。

ウ なお、病状には慢性に経過する極めて重とくな疾患で、短期間に軽快することを期待できない疾患を総じて含むもので特定疾患治療研究事業の対象疾患にとどまらず、対象となるものである。認定に際しては前各項に掲げる疾患のように、特定の症状を以って評価することが困難な場合が多く個別に表出された症状の総括によって評価しなければならないために、X線・検尿・血液検査・心電図等の所見を必要とする場合も多い。臨床所見はあくまで「常時安静、就床を要する程度」のものであり、それを裏付ける所見が必要となることから慎重に取扱うこと。

なお、「常時安静、就床を要する程度」とは、結核の治療指針（昭和38年6月7日保発第12号厚生省保険局長通知）に掲げる安静度表の2度以上に該当すると認められるものである。

#### (8) 精神の障害

ア 精神の障害は、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害、気分（感情）障害、症状性を含む器質性精神障害、てんかん、知的障害、発達障害に区分し、その傷病及び状態像が令別表第2第7号に該当すると思われる症状等には、次のようなものがある。

(ア) 統合失調症によるものにあつては、高度の残遺状態又は高度の病状があるため高度の人格変化、思考障害、その他妄想、幻覚等の異常体験が著明なもの

(イ) 統合失調症型障害及び妄想性障害によるものにあつては、残遺状態又は病状が前記(ア)に準ずるもの

(ウ) 気分（感情）障害によるものにあつては、高度の気分、意欲・行動の障害及び高度の思考障害の病相期があり、かつ、これが持続したり、ひんぱんに繰り返したりするもの

(エ) 症状性を含む器質性精神障害（高次脳機能障害を含む。）によるものにあつては、高度の認知障害、高度の人格変化、その他の高度の精神神経症状が著明なもの

なお、アルコール、薬物等の精神作用物質の使用による精神及び行動の障害についてもこの項に含めるなお、

（注1） 高次脳機能障害とは、脳損傷に起因する認知障害全般を指し、日常生活又は社会生活全般に制約があるものが認定の対象となる。その障害の主な症状としては、失行、失認のほか記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などがある。

なお、障害の状態は、代償機能やリハビリテーションにより好転も見られることから療養及び症状の経過を十分に考慮すること。

(オ) てんかんによるものにあつては、てんかん性発作のA又はBが月に1回以上あり、かつ、常時の介護が必要なもの

なお、てんかん発作については、抗てんかん薬の服用や、外科的治療によって抑制

れる場合にあつては、原則として認定の対象としない

(注) 発作のタイプは以下の通り

A：意識障害を呈し、状況にそぐわない行為を示す発作

B：意識障害の有無を問わず、転倒する発作

(カ) 知的障害によるものにあつては、食事や身のまわりのことを行うのに全面的な援助が必要であつて、かつ、会話による意思の疎通が不可能か著しく困難なもの

(注1) 知的障害の認定に当たっては、知能指数のみに着眼することなく、日常生活のさまざまな場面における援助の必要度を勘案して総合的に判断する

(注2) 日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能を考慮のうえ、社会的な適応性の程度によって判断するよう努める。

(キ) 発達障害によるものにあつては、社会性やコミュニケーション能力が欠如しており、かつ、著しく不適応な行動が見られるもの

(注1) 発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であつてその症状が通常低年齢において発現するものをいう。

(注2) 発達障害については、たとえ知能指数が高くても、社会行動やコミュニケーション能力の障害により対人関係や意思疎通を円滑に行うことができないために日常生活に著しい制限を受けることに着目して行う。

(注3) 日常生活能力等の判定に当たっては、身体的機能及び精神的機能を考慮のうえ、社会的な適応性の程度によって判断するよう努める

(ク) (ア)から(キ)までの認定の対象となる精神疾患が併存しているときは、併合認定の取扱いを行わず、諸症状を総合的に判断して認定する。

イ 精神の障害の程度については、日常生活において常時の介護又は援助を必要とする程度以上のものとする。

ウ 知的障害の程度については、知的機能の発達程度のほか、適応行動上の障害を十分勘案のうえ、別表に掲げる知的機能の程度により判定するものとし、年齢階層別の障害が最重度とされるものについては令別表第2第7号に該当するものとする。

なお、この場合における知的障害の程度は、標準化された知能検査による知能指数がおおむね20以下に相当する。

エ アの症状を有するもので、次の日常生活能力判定表の各動作及び行動に該当する点を加算したものが10点以上の場合にイに該当するものとする。

日常生活能力判定表

| 動作及び行動の種類   | 0 点     | 1 点       | 2 点  |
|-------------|---------|-----------|------|
| 1 食事        | ひとりでできる | 介助があればできる | できない |
| 2 用便（月経）の始末 | ひとりでできる | 介助があればできる | できない |

|   |                    |          |                |           |
|---|--------------------|----------|----------------|-----------|
| 3 | 衣服の着脱              | ひとりでできる  | 介助があればできる      | できない      |
| 4 | 簡単な買物              | ひとりでできる  | 介助があればできる      | できない      |
| 5 | 家族との会話             | 通じる      | 少しは通じる         | 通じない      |
| 6 | 家族以外の者との会話         | 通じる      | 少しは通じる         | 通じない      |
| 7 | 刃物・火の危険            | わかる      | 少しはわかる         | わからない     |
| 8 | 戸外での危険から身を守る（交通事故） | 守ることができる | 不十分ながら守ることができる | 守ることができない |

2 令第1条第2項第2号に該当する障害

令第1条第2項第2号に該当する障害の程度とは、次のいずれかに該当するものとする。

- (1) 令別表第2第1号から第7号までのいずれか1つの障害を有し、かつ、次表に規定する身体の機能の障害若しくは病状又は精神の障害を重複して有するもの

|    |                                                                                                             |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 両眼の視力の和が0.05以上0.08以下のもの                                                                                     |
| 2  | 両耳の聴覚レベルが90デシベル以上のもの                                                                                        |
| 3  | 平衡機能に極めて著しい障害を有するもの                                                                                         |
| 4  | そしゃく機能を失ったもの                                                                                                |
| 5  | 音声又は言語機能を失ったもの                                                                                              |
| 6  | 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したもの又は両上肢のおや指及びひとさし指を欠くもの                                                               |
| 7  | 1上肢の機能に著しい障害を有するもの又は1上肢のすべての指を欠くもの若しくは1上肢のすべての指の機能を全廃したもの                                                   |
| 8  | 1下肢の機能を全廃したもの又は1下肢を大腿の2分の1以上で欠くもの                                                                           |
| 9  | 体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するもの                                                                                  |
| 10 | 前各号に掲げるもののほか、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前各号と同程度以上と認められる状態であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの |
| 11 | 精神の障害であって、前各号と同程度以上と認められる程度のもの                                                                              |

前記の各号に該当する障害は、次によるものとする。

ア 第1号について

視力の測定については、1の(1)のアからウによること。

なお、視野障害において、両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が90パーセント以上のものについては、第10号その他疾患に該当するものとする。

イ 第2号について

聴力レベルの測定については、1の(2)のア（ただし書を除く。）、イ及びウによるこ

と。

ウ 第3号について

- (ア) 平衡機能の障害には、その原因が内耳性のもののみならず、脳性のものも含まれるものとする。
- (イ) 平衡機能の極めて著しい障害とは、四肢体幹に器質的異常がない場合に、閉眼で起立不能又は開眼で直線を歩行中に10メートル以内に転倒あるいは著しくよろめき、手すりによる歩行のみが可能なものとする。

エ 第4号について

- (ア) そしゃく機能障害は、下顎骨の欠損、顎関節の強直又はそしゃくに関係のある筋、神経の障害等により起こるものとする。
- (イ) そしゃく機能を欠くものとは、歯を用いて食物をかみくだくことが不能であることによって流動食以外は摂取できないもの、食餌が口からこぼれ出るため常に手、器物等でそれを防がなければならないもの、又はそしゃく機能障害若しくは嚥下困難のため、1日の大半を食事についやさなければならない程度のものとする。

オ 第5号について

- (ア) 音声又は言語機能の障害とは、発音に関わる機能又は音声言語の理解と表出に関わる機能の障害をいい、構音障害又は音声障害、失語症及び聴覚障害による障害が含まれる。

⑦ 構音障害又は音声障害

歯、顎、口腔（舌、口唇、口蓋等）、咽頭、喉頭、気管等の発声器官の形態異常や運動機能障害により、発音に関わる機能に障害が生じた状態のものをいう。

⑧ 失語症

大脳の言語野の後天性脳損傷（脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷や脳炎など）により、一旦獲得された言語機能に障害が生じた状態のものをいう。

⑨ 聴覚障害による障害

先天的な聴覚障害により音声言語の表出ができないものや、中途の聴覚障害によって発音に障害が生じた状態のものをいう。

- (イ) 「音声又は言語機能を失ったもの」とは、発音に関わる機能を喪失するか、話すことや聞いて理解することのどちらか又は両方がほとんどできないため、日常会話が誰とも成立しないものをいう。

- (ウ) 構音障害、音声障害又は聴覚障害による障害については、発音不能な語音を評価の参考とする。発音不能な語音は、次の4種について確認するほか、語音発語明瞭度検査等が行われた場合はその結果を確認する。

⑦ 口唇音（ま行音、ば行音、ぱ行音等）

⑧ 歯音、歯茎音（さ行、た行、ら行等）

⑨ 歯茎硬口蓋音（しゃ、ちゃ、じゃ等）

㊤ 軟口蓋音（か行音、が行音等）

- (エ) 失語症については、失語症の障害の程度を評価の参考とする。失語症の障害の程度は、音声言語の表出及び理解の程度について確認するほか、標準失語症検査等が行われた場合はその結果を確認する。
- (オ) 失語症が、音声言語の障害の程度と比較して、文字言語（読み書き）の障害の程度が重い場合には、その症状も勘案し、総合的に認定する。
- (カ) 喉頭全摘出手術を施した結果、発音に関わる機能を喪失したものについては、「音声又は言語機能を失ったもの」に該当するものと認定する。
- (キ) 歯のみの障害による場合は、補綴等の治療を行った結果により判定する。
- (ク) 音声又は言語機能の障害（特に構音障害）とそしゃく・嚥下機能の障害とは併存することが多いが、この場合には、第4号及び第5号の障害を重複して有することがある、また、音声又は言語機能の障害（特に失語症）と肢体の障害又は精神の障害とは併存することが多いが、この場合についても、第5号と第6号から第9号まで、又は第11号の障害のうちいくつかを重複して有することがある。

カ 第6号について

- (ア) 両上肢のおや指及びひとさし指の機能を全廃したものとは、両上肢のおや指及びひとさし指の各々の関節の可動域が10度以下のものとする。
- (イ) 両上肢のおや指及びひとさし指を欠くものとは、少なくとも必ず両上肢のおや指を欠き、それに加えて両上肢のひとさし指を欠くものである。この場合の指を欠くものとは、それぞれの指を近位節（指）骨の基部から欠き、その有効長が0のものをいう。

キ 第7号について

- (ア) 1上肢の機能に著しい障害を有するものとは、おおむね肩、肘及び手の3大関節中いずれか2関節以上が用を廃する程度の障害を有するものとする。この場合において、関節が用を廃する程度の障害を有するとは各々の関節が強直若しくはそれに近い状態（可動域10度以下）にある場合又は関節に目的運動を起こさせる筋力が著減（徒手筋力テスト2以下）している場合で日常生活動作に必要な運動を起こし得ない程度のものとする。

なお、肩関節については、前方及び側方の可動域が30度以下のものはその用を廃する程度の障害に該当するものとする。

- (イ) 1上肢のすべての指を欠くものとは、それぞれの指を近位節（指）骨の基部から欠き、その有効長が0のものをいう。
- (ウ) 1上肢のすべての指の機能を全廃したものとは、1上肢のすべての指の各々の関節の可動域が10度以下のものとする。

ク 第8号について

- (ア) 1下肢の機能を全廃したものとは、1下肢の股、膝及び足の3大関節のいずれの関節とも用を廃する程度の障害を有するものとする。この場合において、関節が用を廃

する程度の障害を有するとは、各々の関節が強直若しくはそれに近い状態（可動域 10 度以下。なお、足関節の場合は 5 度以下。）にある場合又は下肢に運動を起こさせる筋力が著減（徒手筋力テスト 2 以下）している場合で起立歩行に必要な動作を起こし得ない程度のもとする。

(イ) 大腿の切断の部位及び長さは実用長をもって計測するものとする。

ケ 第 9 号について

体幹の機能に歩くことができない程度の障害を有するものとは、室内においては、つえ、松葉づえその他の補助用具を必要とせず、起立移動が可能であるが、野外ではこれらの補助用具の助けをかりる必要がある程度又は片脚による起立保持が全く不可能な程度のものとする。

コ 第 10 号について

(ア) 内部障害

㉞ 心臓の機能障害については、1 の(6)のアの(ウ)の㉞から㉟のいずれかの所見があり、かつ、家庭内での極めて温和な活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるものとする。

㉟ 呼吸器（呼吸系結核及び換気機能）の機能障害については、次のいずれかの所見があり、かつ、ゆっくりでも少し歩くと息切れがするものとする。

a 指数（予測肺活量 1 秒率）が 30 以下のもの

b 動脈血ガス分析値が動脈血  $O_2$  分圧で 75 mmHg 以下のもの又は動脈血  $CO_2$  分圧 46 mmHg 以上のもの

㊱ じん臓の機能障害については、じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランスが 20 ml/分未満、血清クレアチニンが 5 mg/dl 以上又は血液尿素窒素が 40 mg/dl 以上であって、次のいずれか 2 以上の所見があり、かつ、家庭内での極めて温和な活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるものとする。

a 腎不全に基づく末梢神経症

b 腎不全に基づく消化器症状

c 水分電解質異常

d 腎不全に基づく精神異常

e X線上的における骨異常栄養症

f 腎性貧血

g 代謝性アシドーシス

h 重篤な高血圧症

i 腎疾患に直接関連するその他の症状

㊲ 肝臓疾患については、次の a に定める検査成績を示すものとする。

a 次表に掲げる肝機能異常度指表の検査成績のうち中等度又は高度の異常を 3 つ

以上示すもの

肝機能異常度指表

| 検査項目／臨床所見                 | 基準値      | 中等度の異常        | 高度異常    |
|---------------------------|----------|---------------|---------|
| 血清総ビリルビン<br>(mg/dl)       | 0.3～1.2  | 2.0 以上 3.0 以下 | 3.0 超   |
| 血清アルブミン<br>(g/dl) (BCG 法) | 4.2～5.1  | 3.0 以上 3.5 以下 | 3.0 未満  |
| 血小板数<br>(万/ $\mu$ l)      | 13～35    | 5 以上 10 未満    | 5 未満    |
| プロトロン時間 (PT)<br>(%)       | 70 超～130 | 40 以上 70 以下   | 40 未満   |
| 腹水                        | —        | 腹水あり          | 難治性腹水あり |
| 脳症 (表 1)                  | —        | I 度           | II 度    |

表 1 昏睡度分類

| 昏睡度 | 精神症状                                                                                                     | 参考事項                                    |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| I   | 睡眠－覚醒リズムの逆転<br>多幸気分ときに抑うつ状態<br>だらしなく、気にとめない状態                                                            | あとでふり返ってみて判定<br>できる                     |
| II  | 指南力 (時、場所) 障害、物を取り違える (confusion)<br>異常行動<br>ときに傾眠状態 (普通のよびかけで開眼し会話ができる)<br>無礼な言動があつたりするが、他人の指示に従う態度をみせる | 興奮状態がない<br>尿便失禁がない<br>羽ばたき振戦あり          |
| III | しばしば興奮状態またはせん妄状態を伴い、反抗的態度をみせる。<br>嗜眠状態 (ほとんど眠っている)<br>外的刺激で開眼しうるが、他人の指示に従わない、または従えない (簡単な命令には応じえる)       | 羽ばたき振戦あり<br>(患者の協力がえられる場合)<br>指南力は高度に障害 |
| IV  | 昏睡 (完全な意識の消失)<br>痛み刺激に反応する                                                                               | 刺激に対して、払いのける動作、顔をしかめるなどがみられる            |

|   |                      |  |
|---|----------------------|--|
| V | 深昏睡<br>痛み刺激にも全く反応しない |  |
|---|----------------------|--|

④ 血液疾患

血液疾患については、貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液検査異常度指表の3系列のうち1系列以上の検査成績が、異常を示すものとする。

血液異常度指表

| 区分    | 系列   | 検査項目     | 単位   | 異常       |
|-------|------|----------|------|----------|
| 末梢血液像 | 赤血球系 | ヘモグロビン濃度 | g/dL | 9未満      |
|       |      | 網赤血球     | /μL  | 60,000未満 |
|       | 白血球系 | 白血球数     | /μL  | 2,000未満  |
|       |      | 好中球数     | /μL  | 1,000未満  |
|       | 血小板系 | 血小板数     | /μL  | 50,000未満 |

(イ) その他の疾患

その他の疾患については、前各項に掲げるもののほか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において、その症状が(1)の表に掲げる障害と同程度以上であって、日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のものとする。

この場合の障害程度の判定においては一般状態が次に該当するものとする。

身のまわりのある程度のことはできるが、しばしば介助を必要とし、日中の50パーセント以上は就床している。

サ 第11号について

精神の障害については1の(8)のアの症状を有するもの又はこれに準ずる程度の症状を有するものであって、1の(8)のエの日常生活能力判定表の各動作及び行動に該当する点を加算したものが8点以上のものとする。

なお、知的障害の程度については、標準化された知能検査による知能指数がおおむね35以下に相当する場合に該当するものとする。

(2) 令別表第2第3号から第5号までのいずれか1つの障害を有し、かつ、次の日常生活動作評価表の日常生活動作能力の各動作の該当する点を加算したものが10点以上のもの。

この評価は、つえ、松葉づえ、下肢装具等の補助具等を使用しない状態で行うものである。

日常生活動作評価表

| 動 | 作 | 評 価 |
|---|---|-----|
|---|---|-----|

|   |                                |  |
|---|--------------------------------|--|
| 1 | タオルを絞る（水をきれる程度）                |  |
| 2 | とじひもを結ぶ                        |  |
| 3 | かぶりシャツを着て脱ぐ                    |  |
| 4 | ワイシャツのボタンをとめる                  |  |
| 5 | 座わる（正座・横すわり・あぐら・脚なげだしの姿勢を持続する） |  |
| 6 | 立ち上る                           |  |
| 7 | 片足で立つ                          |  |
| 8 | 階段の昇降                          |  |

前記の各動作の評価は次によること

|     |                          |     |
|-----|--------------------------|-----|
| 評 価 | ひとりでできる場合 .....          | 0 点 |
|     | ひとりでできてもううまくできない場合 ..... | 1 点 |
|     | ひとりでは全くできない場合 .....      | 2 点 |
|     | 注(1) 2の場合については、次によること    |     |
|     | 5秒以内にできる .....           | 0 点 |
|     | 10秒 〃 .....              | 1 点 |
|     | 10秒ではできない .....          | 2 点 |
|     | (2) 3及び4の場合については、次によること  |     |
|     | 30秒以内にできる .....          | 0 点 |
|     | 1分 〃 .....               | 1 点 |
|     | 1分ではできない .....           | 2 点 |

### 3 令第1条第2項第3号に該当する障害

令第1条第2項第3号に該当する障害の程度とは、令別表1のうち次のいずれかに該当するものとする。

- (1) 第二障害児福祉手当の個別基準の4又は5に該当する障害を有するものであって第三の1の7のウの「安静度表」の1度に該当する状態を有するもの。
- (2) 第二障害児福祉手当の個別基準の6に該当する障害を有するものであって第三の1の8のエの「日常生活能力判定表」の各動作及び行動に該当する点を加算したものが14点となるもの。

### 第四 福祉手当の障害程度認定基準

国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年5月1日法律第34号）附則第97条により支給される福祉手当の障害程度認定基準については、「第二障害児福祉手当の個別基準」を準用する。

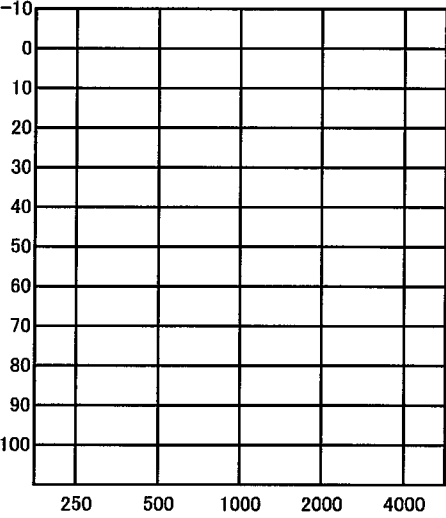
別添 略

別表 （第二の6の(3)及び第三の1の(8)のウ）

知的機能の程度

| 段階<br>年齢 | 重<br>度                                                                                                                    | 最<br>重<br>度                                                                         |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 5 歳以下    | 1 ことばがごく少なく意志の表示は身ぶりなどで示す。<br>2 ある程度の感情表現はできる（笑ったり、怒ったり等）。<br>3 運動機能の発達の遅れが著しい。<br>4 身のまわりの始末はほとんどできない。<br>5 集団あそびはできない。  | 1 言語不能<br>2 最小限の感情表示（快、不快等）<br>3 歩行が不能またはそれにちか<br>い。<br>4 食事、衣服の着脱などはまったくできない。      |
| 6 歳～17 歳 | 1 言語による意志表示はある程度可能。<br>2 読み書きの学習は困難である。<br>3 数の理解に乏しい。<br>4 身近なものの認知や区別はできる。<br>5 身辺処理は部分的に可能。<br>6 身近な人と遊ぶことはできるが長続きしない。 | 1 言語は数語のみ<br>2 数はほとんど理解できない。<br>3 食事、衣服の着脱などひとりではほとんどできない。                          |
| 18 歳以上   | 1 日常会話はある程度できる。<br>2 ひらがなはどうか読み書きできる。<br>3 数量処理は困難                                                                        | 1 会話は困難<br>2 文字の読み書きはできない。<br>3 数の理解はほとんどできない。<br>4 身辺処理はほとんど不可能。<br>5 作業能力はほとんどない。 |

- (注) 1 「5 歳以下」の欄は、おおむね 4～5 歳児の知的機能の程度を示したものであり、それ以下の年齢についてはこれと年齢相応の発達の程度を参考にして判定すること。
- 2 失禁、興奮、多寡動等の特別な介助を必要とする行動の障害等が認められる場合は、当該行動の障害等を勘案のうえ総合的に知的障害の程度を判定すること。

|                           |               |                            |  |                                                                                     |  |          |             |  |  |
|---------------------------|---------------|----------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|-------------|--|--|
| 障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(聴覚障害用) |               |                            |  |                                                                                     |  |          |             |  |  |
| ① (ふりがな)氏名                |               | 男・女                        |  | ② 生年月日                                                                              |  | 平成 年 月 日 |             |  |  |
| ③ 住 所                     |               |                            |  | ④ 障害の原因となった傷病名                                                                      |  |          |             |  |  |
| ⑤ 傷病の原因又は誘因               |               | 先天性<br>後天性 (疾病・不慮災・労災・その他) |  | ⑥ 傷病発生年月日                                                                           |  | 平成 年 月 日 |             |  |  |
| ⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日       |               | 平成 年 月 日                   |  | ⑧ 将来再認定の要                                                                           |  | 有( 年後)・無 |             |  |  |
| 現<br>症                    | ⑨ 聴力検査成績      |                            |  | dB                                                                                  |  |          | (2) 最良語音明瞭度 |  |  |
|                           | (1) 純音聴力聴力レベル |                            |  |  |  |          | 右 %<br>左 %  |  |  |
|                           |               |                            |  | ⑩ 重度難聴用の補聴器の使用効果                                                                    |  |          |             |  |  |
|                           |               |                            |  | 全く音声を識別できない程度に..... { 1 該当する<br>2 該当しない                                             |  |          |             |  |  |
| 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                     |               |                            |  |                                                                                     |  |          |             |  |  |
| 診療担当科名 医師氏名 印             |               |                            |  |                                                                                     |  |          |             |  |  |

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。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ください。

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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- 3 ⑦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 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。
- 5 ⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、オージオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。  
また、オージオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、COR検査(条件聴索反応検査)を組み合わせ実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。  
また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
- 6 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。  
なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 7 口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書（肝臓  
血液疾患及びその他の疾患用）

| ① 氏 名                                                                                                                                  | (ふりがな)    | 男・女 | ② 生 年 月 日          | 昭和<br>平成                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 年                  | 月                  | 日            |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------|-------------|-----------|----|----|---------------|--|--|--|---------------|--|--|--|------------|--|--|--|----------------|--|--|--|------------------|--|--|--|------------|--|--|--|--------------|--|--|--|-----------|--|--|--|----------|--|--|--|------|--|--|--|---------------------------|--|--|--|-------------|--|--|--|----------------|--|--|--|---------------|--|--|--|------------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| ③ 住 所                                                                                                                                  |           |     | ④ 障害の原因と<br>なった傷病名 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日                                                                                                                   | 昭和<br>平成  | 年   | 月                  | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ⑥ 傷 病 発 生<br>年 月 日 | 昭和<br>平成           | 年 月 日        |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑦ 障害が継続すると判定された日                                                                                                                       | 昭和<br>平成  | 年   | 月                  | 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 推定<br>確認           | ⑧ 将 来<br>再 認 定 の 要 | 有 ( 年後 ) ・ 無 |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| 障 害 の 状 態                                                                                                                              |           |     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑨ 肝 疾 患 (平成 年 月 日現症)                                                                                                                   |           |     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| 1 臨床所見<br>(1) 自覚症状<br>全身倦怠感(無・有・著)<br>発 熱(無・有・著)<br>食 欲 不 振(無・有・著)<br>悪 心・嘔 吐(無・有・著)<br>皮膚そう痒感(無・有・著)<br>有痛性筋痙攣(無・有・著)<br>吐血・下血(無・有・著) |           |     |                    | (2) 他覚所見<br>肝 萎 縮(無・有・著)<br>脾 腫 大(無・有・著)<br>浮 腫(無・有・著)<br>腹 水 ( 無 ・ 有 ・<br>有(難治性) )<br>黄 疸(無・有・著)<br>腹壁静脈怒張(無・有・著)<br>肝性脳症(無・有・( 度) )<br>出血傾向(無・有・著)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| 2 Child-Pughによるgrade<br>A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)                                                                                  |           |     |                    | (3) 検査成績<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>検査日<br/>検査項目</th> <th>施設<br/>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>AFI<sup>a</sup> 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<br>検査項目 | 施設<br>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 |  |  |  | AFI <sup>a</sup> ng/mL |  |  |  | PIVKA-II mAU/mL |  |  |  |
| 検査日<br>検査項目                                                                                                                            | 施設<br>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                                                                                                                          |           |     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| AFI <sup>a</sup> ng/mL                                                                                                                 |           |     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| PIVKA-II mAU/mL                                                                                                                        |           |     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| 3 胆道閉鎖症の治療歴<br>(1) 手術所見(日時：平成 年 月 日)<br>(2) 治療経過                                                                                       |           |     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| 4 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>所見 グレード( ) ステージ( )                                                                                        |           |     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| 5 食道・胃などの静脈瘤<br>(1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>(2) 吐血・下血の既往 無・有( 回)<br>(3) 治療歴 無・有( 回)                                                     |           |     |                    | 8 治療内容<br>(1) 利尿剤 ( 無・有 ) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有)<br>(2) 特殊アミノ酸製剤 ( 無・有 ) (5) 血小板輸血(無・有)<br>(3) 抗ウイルス療法 ( 無・有 ) (6) その他<br>具体的内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| 6 肝腫瘍治療歴 無・有<br>・手術 回 ・局所療法 ・動脈塞栓術 回<br>・放射線療法 回 ・化学療法                                                                                 |           |     |                    | 9 その他の所見<br>(1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日<br>平成 年 月 日)<br>経過<br>(2) その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成 年 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |
| 7 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する<br>病態の治療歴<br>所見                                                                                                |           |     |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                    |              |             |           |    |    |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |           |  |  |  |          |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |                        |  |  |  |                 |  |  |  |

|                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| ⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 1 臨床所見                                                                                                                |  | (3) 検査成績                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| (1) 自覚症状<br>立ちくらみ (無・有・著)<br>易動疲労感 (無・有・著)<br>息切れ (無・有・著)<br>発熱 (無・有・著)<br>紫斑 (無・有・著)<br>月経過多 (無・有・著)<br>関節症状 (無・有・著) |  | ア 末梢血液検査(平成 年 月 日) イ 其他の検査<br>※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。<br>画像検査(検査名) (平成 年 月 日)<br>所見( )<br>他の検査(検査名) (平成 年 月 日)<br>所見( )<br>ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL<br>網赤血球 ( ) %<br>血小板 ( ) /μL<br>白血球 ( ) /μL<br>好中球 ( ) /μL<br>リンパ球 ( ) /μL<br>病的細胞 ( ) % |  |
| (2) 他覚所見<br>易感感染性 (無・有・著)<br>リンパ節腫脹 (無・有・著)<br>出血傾向 (無・有・著)<br>血栓傾向 (無・有・著)<br>肝脾腫 (無・有・著)                            |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 2. 治療状況<br>赤血球輸血 (年・月 回) 血小板輸血 (年・月 回)<br>補充療法 (年・月 回) 新鮮凍結血漿 (年・月 回)                                                 |  | 3. その他の所見                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| ⑪ その他の疾患(平成 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<br>2. ベッド上の安静<br>3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)<br>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)<br>6. 健康な人の2分の1程度の運動はよい<br>7. 軽い運動はよいが強い運動は禁ずる。ただし休憩時間を多くとる<br>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。<br>平成 年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所在地<br>診療担当科名 医師氏名 印                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                          |  |

◎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それに記入してください。
- 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。
- 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。
- 5      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。
- 6      ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- 7      ⑨の欄の「8 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。
- 8      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疾患について記入してください。
- 9      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。

| 特別障害者手当認定診断書（ <small>肝臓<br/>血液</small> 疾患及びその他の疾患用）                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|-------------|-----------|--|--|---------------|--|--|--|---------------|--|--|--|------------|--|--|--|----------------|--|--|--|------------------|--|--|--|------------|--|--|--|--------------|--|--|--|-----------------------|--|--|--|------|--|--|--|---------------------------|--|--|--|-------------|--|--|--|----------------|--|--|--|---------------|--|--|--|-----------|--|--|--|-----------------|--|--|--|
| ① 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                | 男・女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ② 生 年 月 日          | 昭和<br>平成 年 月 日 |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ③ 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ④ 障害の原因と<br>なった傷病名 |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日                                                                                                                                                                                                                                                                           | 昭和<br>平成 年 月 日 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ⑥ 傷 病 発 生<br>年 月 日 | 昭和<br>平成 年 月 日 |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑦ 障害が永続すると判定された日                                                                                                                                                                                                                                                                               | 昭和<br>平成 年 月 日 | 推定<br>確認                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ⑧ 将 来<br>再 認 定 の 要 | 有（ 年後）・無       |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 障 害 の 状 態                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| ⑨ 肝 疾 患（平成 年 月 日現症）                                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 1 臨床所見<br>(1) 自覚症状<br>全身倦怠感（無・有・著）<br>発 熱（無・有・著）<br>食 欲 不 振（無・有・著）<br>悪 心・嘔 吐（無・有・著）<br>皮膚そう痒感（無・有・著）<br>有痛性筋痙攣（無・有・著）<br>吐血・下血（無・有・著）<br>(2) 他覚所見<br>肝 萎 縮（無・有・著）<br>脾 腫 大（無・有・著）<br>浮 腫（無・有・著）<br>腹 水（無・有・<br>有（難治性））<br>黄 疸（無・有・著）<br>腹 壁 静 脈 怒 張（無・有・著）<br>肝性脳症（無・有・（度））<br>出 血 傾 向（無・有・著） |                | (3) 検査成績<br><table border="1"> <thead> <tr> <th>検査日<br/>検査項目</th> <th>施設<br/>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<br/>・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>/uL</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<br>検査項目 | 施設<br>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<br>・改良型BCP法 |  |  |  | A/G比 |  |  |  | 血小板数 ×10 <sup>4</sup> /uL |  |  |  | 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<br>検査項目                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 施設<br>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<br>・改良型BCP法                                                                                                                                                                                                                                                                          |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| A/G比                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 血小板数 ×10 <sup>4</sup> /uL                                                                                                                                                                                                                                                                      |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 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<br>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 年 月 日)<br>所見 グレード( ) ステージ( )                                                                                                                                                                                                                                                |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 4 食道・胃などの静脈瘤<br>(1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)<br>(2) 吐血・下血の既往 無・有 ( 回)<br>(3) 治療歴 無・有 ( 回)                                                                                                                                                                                                           |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 5 肝腫瘍治療歴 無・有<br>・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回<br>・放射線療法 回 ・化学療法 回                                                                                                                                                                                                                                     |                | 8 その他の所見<br>(1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日<br>(平成 年 月 日))<br>経過<br>(2) その他(超音波・CT・MRI検査等)(平成 年 月 日)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 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<br>所見                                                                                                                                                                                                                                                            |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |
| 7 治療内容<br>(1) 利尿剤(無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有)<br>(2) 特殊アミノ酸製剤(無・有)(5) 血小板輸血(無・有)<br>(3) 抗ウイルス療法(無・有) (6) その他<br>具体的内容                                                                                                                                                                             |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                |             |           |  |  |               |  |  |  |               |  |  |  |            |  |  |  |                |  |  |  |                  |  |  |  |            |  |  |  |              |  |  |  |                       |  |  |  |      |  |  |  |                           |  |  |  |             |  |  |  |                |  |  |  |               |  |  |  |           |  |  |  |                 |  |  |  |

|                                                              |         |                                            |  |
|--------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------|--|
| ⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)                                           |         |                                            |  |
| I 臨床所見                                                       |         | (3) 検査成績                                   |  |
| (1) 自覚症状                                                     |         | ア 末梢血液検査(平成 年 月 日)                         |  |
| 立ちくらみ                                                        | (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。 |  |
| 易疲労感                                                         | (無・有・著) | イ その他の検査                                   |  |
| 動悸                                                           | (無・有・著) | 画像検査(検査名 ) (平成 年 月 日)                      |  |
| 息切れ                                                          | (無・有・著) | 所見( )                                      |  |
| 発熱                                                           | (無・有・著) | 他の検査(検査名 ) (平成 年 月 日)                      |  |
| 紫斑                                                           | (無・有・著) | 所見                                         |  |
| 月経過多                                                         | (無・有・著) | ヘモグロビン濃度 ( ) g/dL                          |  |
| 関節症状                                                         | (無・有・著) | 網赤血球 ( ) 万/μL                              |  |
| (2) 他覚所見                                                     |         | 血小板 ( ) 万/μL                               |  |
| 易感染性                                                         | (無・有・著) | 白血球 ( ) /μL                                |  |
| リンパ節腫脹                                                       | (無・有・著) | 好中球 ( ) /μL                                |  |
| 出血傾向                                                         | (無・有・著) | リンパ球 ( ) /μL                               |  |
| 血栓傾向                                                         | (無・有・著) | 病的細胞 ( ) %                                 |  |
| 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 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。                                                 |         |                                            |  |
| 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、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それに記入してください。
- 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。
- 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。
- 5 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。
- 6 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- 7 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。
- 8 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。
- 9 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。