

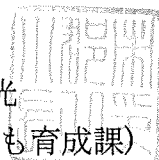


3 小 子 育 第 9 7 3 号
令和4年 2月15日

一般社団法人 小郡三井医師会

会 長 島 田 昇 二 郎 様

小郡市長 加地 良光
(子ども・健康部 子ども育成課)



児童扶養手当法による障害認定医の推薦について

時下、貴職におかれましては、ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。
さて、児童扶養手当法第3条第1項及び第4条第1項第1号ハ、第2号ハにより、障害の状態を審査するため、下記のとおり、障害認定医の体制の整備が必要です。医師の推薦をお願いいたします。

記

1 委任期間 令和4年4月1日から翌年3月31日の1年間

2 人数 6名以下

3 児童扶養手当で障害認定が必要な場合

児童扶養手当は、通常ひとり親で18歳未満の子を扶養している場合に該当しますが、両親のうちのどちらかが障害年金の1級程度に該当する場合にも該当します。また、18歳未満の子に障害があれば、20歳まで児童扶養手当を受給できます。

4 障害認定医の業務内容

申請者から、児童扶養手当の認定に際し、診断書(別紙 様式第二号(一)から(六)まで)が市へ提出されたとき、市の依頼により、その診断書の内容を審査し、受給要件の該当の有無、該当・非該当及び理由等を市に回答します。

5 報酬額 1回 13,860円(予算の範囲で定める額)

6 その他 障害認定医は、特別職の職員(非常勤)に該当します。

問い合わせ・回答先

小郡市子ども・健康部子ども育成課
医療・手当係 担当: 今里
電話 72-2111 (内線672)
FAX 72-7481

令和3年度

児童扶養手当障害認定医

診断書の種類			担当認定医
様式第二号	(一)	視覚障害用	医)春龍会 橋本眼科医院 橋本 雅晶 先生
	(二)	聴力・平衡機能・咀嚼機能・音声言語機能 障害用	田中耳鼻咽喉科医院 田中 久志 先生
	(三)	肢体不自由	山口整形外科クリニック 山口 司 先生
	(四)	呼吸器結核用	ひやまクリニック呼吸器内科 肥山 淳一郎 先生
	(五)	呼吸器系結核以外の結核症・心肺機能障害及び高血圧症用	医)権藤内科循環器科 権藤 秀之 先生
	(六)	精神及び脳疾患用	あかし心療クリニック 明石 広海 先生

推 薦 書

年 月 日

小郡市長 加地 良光 宛

団体名 _____

代表者名 _____ 印 _____

団体住所 _____

団体電話番号 _____

児童扶養手当法による障害認定医の推薦について

このことについて、次の者を委員として推薦します。

担当する診断書	ふりがな	住所	電話番号
	氏 名		
視覚障害用		小郡市	
聴覚・平衡機能・咀嚼機能 音声言語機能 障害用		小郡市	
肢体不自由		小郡市	
呼吸器結核用		小郡市	
呼吸器系結核以外の結 核症、心肺機能障害及び 高血圧症用		小郡市	
精神及び脳疾患用		小郡市	

回答先

〒838-0198 小郡市小郡255番地1

小郡市 子ども・健康部 子ども育成課 医療・手当係 担当 今里

TEL 0942-72-2111 内線 672 FAX0942-72-7481

様式第二号（一）（第一条関係）

（表 面）

児童扶養手当障害認定診断書（視覚障害用）					
① 氏 名	(ふりがな) -----		② 生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日	
③ 住 所			④ 障害の原因と なつた傷病名		
⑤ 傷病の原因 又は誘因	先天性〔 疾病・不慮災・労災・ 後天性〔 戦傷災・その他 〕		⑥ 傷病発生年月日	年 月 日	
⑦ ④のためはじ めて医師の診 断を受けた日	年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無	
現 症 (機能障害診断)	⑨ 視 力			⑪ 所 見 (前眼部) 右 _____ 左 _____ (中間透光体) 右 _____ 左 _____ (眼 底) 右 _____ 左 _____	
		裸 眼	矯 正		矯 正 眼 鏡
	右 眼				D
	左 眼				D
⑩ 視 野					
⑫ 備 考					
上記の通り診断します。 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 医師氏名 ⑬ 令和 年 月 日					

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。
- ◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

(裏 面)

注 意

- 1 この診断書は、児童扶養手当の受給資格と手当の額を認定するための資料の一つです。この診断書は、児童の父又は母の障害の状態を証明するときにも、また児童の障害の状態を証明するときにも使用されますが、いずれの場合にも、記入事項に不明の点がありますと認定がおそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入して下さい。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病についてはじめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。前に他の医師が診断している場合は、本人の申立てによつて記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。
- 4 ⑨の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとして下さい。
- 5 ⑩の欄は、視野障害が問題となり、特に本人から依頼された場合にのみ測定して下さい。
- 6 口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべくくわしく診断結果を附加記入して下さい。

様式第二号（二）（第一条関係）

（表 面）

児童扶養手当障害認定診断書 聴 力 ・ 平 衡 機 能 障 害 用 そしやく 咀 嚼 機 能 ・ 音 声 言 語 機 能			
① (ふりがな) 氏 名		② 生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
③ 住 所		④ 障害の原因となつた傷病名	
⑤ 傷 病 の 原 因 又 は 誘 因	先天性〔疾病・不慮災・労災・〕 後天性〔戦傷災・その他〕	⑥ 傷病発生年月日	年 月 日
⑦ ④のためはじめて医師又は歯科医師の診断を受けた日	年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無
現 症 (機能障害診断)	⑨ 聴 力 障 害		
	聴 力 損 失 又 は 聴 力 レ ベ ル		
	聴力損失（旧規格）	左	デシベル
		右	デシベル
	聴力レベル（新規格）	左	デシベル
		右	デシベル
	最 良 語 音 明 瞭 度		
	左	%	
	右	%	
	使用したオーディオメータの型式		
	⑩ 平 衡 機 能 障 害		
	所 見		
⑪ そしやく 咀 嚼 機 能 障 害		⑫ 音 声 言 語 機 能 障 害	
所 見		所 見	
⑬ 備 考			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 医師又は歯科医師名 ⑭			

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

(裏 面)

注 意

- 1 この診断書は、児童扶養手当の受給資格と手当の額を認定するための資料の一つです。この診断書は、児童の父又は母の障害の状態を証明するときにも、また、児童の障害の状態を証明するときにも使用されますが、いずれの場合にも、記入事項に不明の点がありますと認定が遅くなることがありますので、くわしく記入して下さい。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入して下さい。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日でなく、本人が障害の原因となった傷病についてはじめて医師又は歯科医師の診断を受けた日を記入して下さい。前に他の医師又は歯科医師が診断している場合は、本人の申立てによって記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。
- 4 ⑨の欄のデシベル値は、話声域すなわち、振動数500、1,000、2,000周波数の音の聴力損失デシベル又は聴力レベルデシベルの平均値をとることにより、算定して下さい。すなわち、その各々をa、b、cとすれば $\frac{a + 2b + c}{4}$ となります。
- 5 昭和57年8月14日改正前のJ I S規格又はこれに準ずる標準オージオメータで測定した場合のデシベル値は⑨の聴力損失(旧規格)の欄に記入し、同日改正後のJ I S規格又はこれに準ずる標準オージオメータで測定した場合のデシベル値は⑨の聴力レベル(新規格)の欄に記入してください。なお、オージオメータによる測定値が聴力レベルで表される場合には、製品に必ず聴力レベルであることの表示が行われているので確認してください。
- 6 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下さい。
なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に本人から依頼された場合にのみ測定して下さい。
- 7 平衡機能で脳性によるものは(例 脳性麻痺)、肢体不自由として取り扱われますので、診断書の用紙は肢体不自由用を使用して下さい。
- 8 口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべくくわしく診断結果を附加記入して下さい。

児童扶養手当障害認定診断書（肢体不自由）

① 氏 名 (ふりがな)												② 生年月日		大正 昭和 平成 令和 年 月 日									
③ 住 所												④ 障害の原因となつた傷病名											
⑤ 傷病の原因又は誘因		先天性〔 疾病・不慮災・労災・戦傷災・ 〕 後天性〔 その他 〕										⑥ 傷病発生年月日		年 月 日									
⑦ ④のためはじめて医師の診断を受けた日		年 月 日										⑧ 将 来 再 認 定 の 要		有 ・ 無									
現	⑨ 切離断	部 位	母指	示指	中指	薬指	小指		手関節	前腕	肘関節	上腕	肩関節	ヒップ関節	ショパール関節	足関節	下腿	膝関節	大腿	股関節			
		末節	左																				
		以下	右						左														
		中節	左																				
		以下	右						右														
	基節以下	左							断端の痛み、有・無 すぐ上の関節の異常 有・無（あれば⑪、⑫、⑬に記入）														
		以下	右																				
		⑩ 麻 痺							⑪ 体 幹・四 肢 関 節 運 動 筋 力							⑫ 体幹・四肢関節運動範囲							
		外 観	弛 緩 性 痙 直 性 不 随 意 運 動 性 失 調 性 強 剛 性 し ん せ ん 性	部 位	運 動 の 種 類	程 度			強直肢位	自動肢位	他動肢位												
						正 常 又 は や や 減	半 ・ 減	著 減 又 は 消 失															
前 屈																							
後 屈																							
起 因 部 位	脳 性 脊 髄 性 末 梢 神 經 性 (筋 性) そ の 他	体 幹	前 屈																				
			後 屈																				
		骨 盤	ひきあげ	左 右																			
			ひきあげ	左 右																			
		肩 甲 骨	内 転	左 右																			
			外 転	左 右																			
種	知 覚 麻 痺						左					左											

症	類 及 び そ の 程 度	知覚脱失・鈍麻 過敏・異常		肩関節	前挙							右						
		運動麻痺 (程度は⑪、⑫、⑬に記入)	肘関節		外挙								左					
				屈曲								右						
			反射	上肢		前腕	伸展							左				
							回内								右			
		下肢			手関節	回外							左					
背屈												右						
能	バビンスキー反射 その他病的反射		肢関節	掌屈							左							
				屈曲								右						
	排尿・排便障害 有・無				伸展							左						
					内転								右					
	褥創又はその瘢痕 有・無	膝関節		外転							左							
				屈曲								右						
					伸展							左						
					背屈								右					
障	⑬指運動筋力及び自動肢位（害）	左	母指	示指	中指	薬指	小指	底屈							左			
								背屈								右		

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

注 意

- 1 この診断書は、児童扶養手当の受給資格と手当の額を認定するための資料の一つです。この診断書は、児童の父又は母の障害の状態を証明するときにも、また児童の障害の状態を証明するときにも使用されますが、いずれの場合にも、記入事項に不明の点がありますと認定がおそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけて記入して下さい。
- 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、本人が障害の原因となつた傷病についてはじめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。前に他の医師が診断している場合は、本人の申立てによつて記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。
- 4 ⑨の欄の有効切断肢長0センチメートルの切断は、そのすぐ上位の関節での離断とみなして下さい。
- 5 ⑩の欄の起因部位が心因性のものと思われる場合は、「その他」の所にマークして下さい。
- 6 ⑪の欄の筋力の程度をあらわすのに「正常」、「やや減」、「半減」、「著減」、「消失」、の言葉を用いていますが、その具体的な「程度」は次のとおりです。
正 常……検者が手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合
やや減……検者が手をおいた程度の抵抗を排して自動可能な場合
半 減……検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合
著 減……自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような肢位では自動可能な場合
消 失……いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合
- 7 ⑫の欄の体幹、四肢関節の運動範囲は、関節角度計を使用して下さい。四肢の角度の測り方は、日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた方法によって下さい。
例
イ 自然起立姿勢で四肢がとる位置は、次のような角度になります。
肩関節0°、肘関節0°、前腕0°（母指が前方にむく位置）、手関節0°、股関節0°、膝関節0°、足関節0°（図A参照）。
ロ 四肢の運動角度は、図A、Bの→の角度を記入して下さい。
ハ 首、体幹の運動角度は、図C、D、Eの→の角度を記入して下さい。
なお、自然起立位で、体幹がとる位置は、すべて0°とします。
- 8 ⑬の欄の指の運動角度は、各関節とも伸展位を0°とし、指の背面がなす角度で測つて下さい。角度の記入は、基本肢位を0°とする股、肩のそれに準じて図F、Gのように伸展角度を外側に、屈曲角度を内側に記入して下さい。筋力はその程度を関節ごとに、たとえば、（半減）、強直の場合は（強直00°）というように記入して下さい。
- 9 ⑭の欄の上肢長は、肩峯尖端より橈骨茎状突起尖端まで、下肢長は腸骨前上棘より内踝尖端までの距離を測つて下さい。
- 10 ⑮の欄の上腕囲、前腕囲、大腿囲はその中央部周囲計、下腿囲はその最大周囲計を測つて下さい。
- 11 ⑯の欄では起床より就寝まで装着使用する場合は、「常時」、その間、ある時にははずす場合は、「ときどき」として下さい。
- 12 ⑰の欄の日常生活動作については、補助用具を使用しないで、ひとりでできる場合には可能とみなして○で、ひとりでできても、うまくできない場合、通常の人が行う4～5倍以上の時間を要する場合は△でかこんで下さい。まったくできない場合は×にして下さい。

A (基本肢位と角度測定の方法)

C (首前屈・後屈)

D (首捻転)

B (前腕回内・回外)

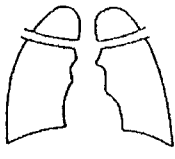
E (体幹前屈・後屈)

F (母指屈伸)

G (他4指屈伸)

様式第二号（四）（第一条関係）

（表 面）

児童扶養手当障害認定診断書（呼吸器結核用）														
① (ふりがな) 氏 名						② 生年月日		大正昭和平成令和 年 月 日						
③ 住 所						④ 障害の原因となつた傷病名		主要疾病 合併症						
⑤ 傷病の原因又は誘因						⑥ 傷病発生日		年 月 日						
⑦ ④のためはじめて医師の診断を受けた日		年 月 日				⑧ 将来再認定の要		有 ・ 無						
⑨ 既往症及び既存障害														
初診から現在までの臨床的経過	⑩初診時	自覚症状 発熱・盗汗・食慾不振・瘦削・胸痛・疲労・倦怠・咳嗽・喀痰・咯血又は血痰・その他（ ）・なし										⑪初診時レントゲン所見		
	理学的所見											 年 月 日撮影（所見）		
	赤 沈 値	1時間値 mm 2時間値 mm（ 年 月 日検査）												
	検痰成績	塗抹＋・－（ガフキー 号）培養＋・－（コロニー 個）（ 年 月 日 検査）												
	⑪症状の経過													
	⑫現在までの治療状況											⑬ レントゲン所見		
	⑬喀痰中菌検索の推移													
現 症	⑮胸部理学的所見											年 月 日		
	⑯その他の所見													
	⑰症状の概要	栄養状態（良・中・不良）	盗汗（有・無）	食慾（良・中・不良）	体温（平熱・微熱・中等熱・高热・弛張熱）									
		咳嗽（多・少・無）	喀痰（多・少・無）	腹痛（有・無）	便通（普通・便秘・下痢） 1日平均 回									
		排尿痛（有・無）	尿意頻数（有・無）	嗝声（有・無）	咽頭痛（有・無）									
		骨関節（有・無）機能障害	骨関節（有・無）変形	その他の（ ）										
	⑲ 検痰成績	塗抹＋・－（ガフキー 号）	培養＋・－（コロニー 個）	⑳ 赤沈値	1時間値 mm	2時間値 mm	㉑ 安静度		度					
㉒ 計 測	身長	cm	体重	kg	胸 囲	cm	術の側機	前方	後方	側方	内転	外転		
	胸 囲	cm	脈 搏		体 温	℃	肩能	自動的	度	度	度	度		
	充盈差		呼 吸		肺活量	CC	関障	他動的	度	度	度	度		
	体温日差						節害		度	度	度	度		
㉓ 予 後														
㉔ 備 考														
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日														
病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 医師氏名 ㉕														

㉑ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

㉒ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

(裏 面)

注 意

- 1 この診断書は、児童扶養手当の受給資格と手当の額を認定するための資料の一つです。この診断書は、児童の父又は母の障害の状態を証明するときにも、また児童の障害の状態を証明するときにも使用されますが、いずれの場合にも、記入事項に不明の点もありますと認定がおそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入して下さい。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日でなく、本人が障害の原因となつた傷病についてはじめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。前に他の医師が診断している場合は、本人の申立てによつて記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。
- 4 ⑫の欄には、初診日以後現在までに行つた療法について、その種類及び実施時期を順を追つて記入して下さい。
- 5 ⑬の欄には、検査年月日とともに、陽転又は陰転の経過を順を追つて記入して下さい。
- 6 ⑭の欄には、初診日又は初診日に極めて近い日に撮影したエックス線写真を図示し、簡単に所見を記入して下さい。
- 7 ⑮の欄には、添附されたエックス線写真についてその所見を記入して下さい。
- 8 ⑯の欄には、「結核の治療指針」(厚生労働省)の安静度を記入して下さい。
- 9 ⑳の欄「術側肩関節の機能障害」欄には、胸廓成形術等により機能障害がある場合に記入して下さい。

様式第二号（五）（第一条関係）

（表 面）

児童扶養手当障害認定診断書（呼吸器系結核以外の結核症・心肺機能障害及び高血圧症用）								
① (ふりがな)氏名	-----			② 生年月日	大正昭和平成令和 年 月 日			
③ 住 所				④ 障害の原因となつた傷病名	主要疾病 合併病			
⑤ 傷病の原因又は誘因				⑥ 傷病発生日	年 月 日			
⑦ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	年 月 日			⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無			
⑨ 既往症及び既存障害								
初診から現在までの臨床的経過	⑩ 初診時所見							
	⑪ 症状の経過							
	⑫ 現在までの治療状況							
現 症	⑬ 症状の概要						⑮ レントゲン所見	
	⑭ 現在の主要所見						平成 年 月 日撮影 (所見)	
	⑯ 計測及び検査所見	身長	cm	体重	kg	胸 囲	cm	
		体温	℃	脈 搏		呼 吸		
		肺 活 量	cc	動脈血酸素飽和度		血 圧		
		尿 検 査 所 見	比重()蛋白－・±・＋(c/00)沈渣所見()					
		腎 機 能 検 査 所 見	P S P	血中残余窒素量 mg/dl				
			その他の腎機能検査所見					
		眼 底						
		心 電 図 所 見						
その他の検査所見								
⑰ 予 後								
⑱ 備 考								
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日								
病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 医師氏名 ⑲								

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。
- ◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

(裏 面)

注 意

- ① この診断書の状態が、この点に問題がある場合は、その旨を記入してください。
- ② ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入して下さい。
- ③ ⑦の欄は、こゝの診断書を作成した医師の名前と、本人が障害の原因となつた傷病についての場合には、その旨を記入して下されう。
- ④ ⑫の欄には、人工透析療法を実施している場合は、その透析回数を記入して下さい。
- ⑤ ⑮の欄には、添附されたエックス線写真についてその所見を記入して下さい。
- ⑥ ⑯の欄には、循環機能、腎機能、眼底視網膜、眼色素層などに関する検査結果（心電図、超音波検査等）を記入して下さい。

様式第二号（六）（第一条関係）

（表 面）

児童扶養手当障害認定診断書（精神及び脳疾患用）				
① (ふりがな) 氏 名	-----		② 生 年 月 日	大正昭和 平成令和 年 月 日
③ 住 所			④ 障害の原因となつた傷病名	主な精神障害 { 合併精神障害 { 合併身体障害 {
⑤ 傷病発生年月	主な精神障害 合併精神障害 合併身体障害	年 年 月 月 月 月	⑥ ④のためはじめ て医師の診断を 受けた日	年 月 日
⑦ 入院年月日	年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無	
既現 往病 歴歴 及び	⑨ 生活歴及び 発病前状況等			
	⑩ 現 病 歴			
	⑪ 現在まで受けた 特 殊 療 法 等	1 特殊薬物療法 2 インシュリン療法 3 痙攣療法 4 持続睡眠療法 5 熱療法 6 駆梅療法 7 精神療法 8 作業療法 9 その他 ()		
現 在 の 状 態 像	⑫ 抑・うつ状態	1 思考・運動制止 2 刺戟性・興奮 3 憂うつ気分 4 その他 ()		
	⑬ そ う 状 態	1 行為心迫 2 多弁 3 感情昂揚・刺戟性 4 その他 ()		
	⑭ 幻覚妄想状態	1 幻覚 2 妄想 3 その他の思考障害 ()		
	⑮ 精神運動興奮及 び昏迷の状態	1 興奮 2 昏迷 3 拒絶 4 その他 ()		
	⑯ 意 識 障 害	1 せん妄 2 錯乱 3 もうろう 4 痙攣 5 精神（運動）発作 6 不機嫌 7 その他 ()		
	⑰ 知的障害及び器 質的欠陥状態	1 重度知的障害 2 中度知的障害 3 軽度知的障害 4 認知症		
	⑱ 統合失調症等 欠陥状態	1 自閉 2 感情の鈍麻冷却 3 無為 4 その他 ()		
	⑲ そ の 他			
⑳ 問 題 行 動	1 殺人 2 傷害 3 暴行 4 脅迫 5 自殺企図 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火 10 弄火 11 器物破損 12 窃盗 13 盗癖 14 ぶじよく 15 強盗 16 恐かつ 17 無銭飲食 18 無賃乗車等 19 はいかい 20 家宅侵入 21 性的異常 22 風俗犯的行動 23 無断離院 24 その他 ()			
㉑ 身 体 症 状	1 失禁 2 麻痺（全・片） 3 言語障害 4 瞳孔異常 5 梅毒反応（血液・脊髄 液） 6 錐体外路障害 7 その他 ()			
精神科 特殊看 護及び 指導	㉒ 要注意必要度			
	㉓ 日常生活の介 助指導・必要度			
㉔ 医学的総合判定				
㉕ 備 考				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 医師氏名 ㉖				

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではつきりと書いて下さい。記名押印に代えて署名することができます。

(裏 面)

注 意

- 1 この診断書は、児童扶養手当の受給資格と手当の額を認定するための資料の一つです。この診断書は、児童の父又は母の障害の状態を証明するときにも、また児童の障害の状態を証明するときにも使用されますが、いずれの場合にも、記入事項に不明の点がありますと認定がおそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入して下さい。
- 3 本診断書作成に当たっては、相手が患者本人であることを確認して下さい。
- 4 ⑥の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となつた傷病についてはじめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。前に他の医師が診断している場合は、保護者の申立てによつて記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。
- 5 ⑦の欄は、現に入院中の者について入院年月日を記入して下さい。なお、既往の入院で判明している場合は、⑩現病歴の欄中に記入して下さい。
- 6 ②の欄は、注意を要する発作性症状等につき、その有無、程度及び頻度に応じて、「常に嚴重な注意」、「随時一応の注意」、「殆んど不要」の3段階に分けて記入して下さい。
- 7 ③の欄は、必要に応じて「極めて手数のかかる介助」、「比較的簡単な介助と指導」、「生活指導を要する」、「指導の要がない」の4段階に分けて記入して下さい。
- 8 ④の欄は、⑨から③までの欄に記載された事項を総合的に判定して、障害の状態を詳細に記入して下さい。特に、「要入院医療」と判定された障害者については、その理由を記入して下さい。