

【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

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、オージオメータ（JIS規格又はこれに準ずるオージオメータ）及び言語音によって測定するものとする。

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をいう。

ウ 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）を組み合わせ実施するものとする。

(ア) 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をいう。

なお、ウ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①から⑤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。

⑦ 食事

⑧ 洗面

⑨ 便所の処理

⑩ 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、瘢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。

⑦ 階段の昇降

⑧ 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、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) 心電図で陳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V₁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) 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 じん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 じん臓の機能障害の程度についての判定は、臨床症状、じん臓機能検査成績、尿所見、血液化学検査、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) 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値が10ml/分未満又は血清クレアチニン濃度が8.0mg/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

(イ) 次の3検査項目（尿たん白量、血清総たん白量、血清アルブミン量）のうち「尿たん白量及び血清総たん白量」又は「尿たん白量及び血清アルブミン量」の検査項目について、次表に掲げる検査成績を示しネフローゼ症候群と診断されるもの（高脂血症及び浮腫はネフローゼ症候群診断のための必須条件でなく、参考となる。）

区別	検査項目	検査成績	
		小 児	その他
たん白尿	尿たん白量	尿たん白の持続（3日以上）が次のいずれかに該当するもの 1 3.5g/1日以上 2 0.1g/kg/1日以上 3 早朝起床時第1尿で300mg/dl以上	1日尿たん白量3.5g以上を持続するもの
低たん白血症	血清総たん白量	学童及び幼児 6.0g/dl以下 乳 児 5.5g/dl以下	6.0g/dl以下
	血清アルブミン量	学童及び幼児 3.0g/dl以下 乳 児 2.5g/dl以下	3.0g/dl以下
高血 脂症	血 清 総 cholesterol	学 童 250mg/dl以上 幼 児 220mg/dl以上 乳 児 200mg/dl以上	250mg/dl以上
浮腫		有	有

オ じん臓機能検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、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。

(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 (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) (BCG法)	4.2～5.1	3.0以上3.5以下	3.0未満
血小板数 (万/μℓ)	13～35	5以上10未満	5未満
プロトロン時間 (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

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 多幸気分ときに抑うつ状態 だらしく、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) 異常行動 ときに傾眠状態 (普通によびかけで開眼)	興奮状態がない 尿便失禁がない 羽ばたき振戦あり

	し会話ができる) 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	
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 嗜眠状態（ほとんど眠っている） 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 （患者の協力がえられる場合） 指南力は高度に障害
IV	昏睡（完全な意識の消失） 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 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 (ザーリー値) %	6未満 (40未満)
		赤血球数	$\times 10^4/\text{mm}^3$	200未満
		網赤血球	%	0.2未満
	白血球系	白血球数	$/\text{mm}^3$	1500未満
		顆粒球数	$/\text{mm}^3$	500未満
		病的細胞	%	20以上
	血小板系	血小板数	$\times 10^4/\text{mm}^3$	1未満
		有核細胞数	$\times 10^4/\text{mm}^3$	1未満

骨 髄 像	骨髄系	巨核球数	/mm ³	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。

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。

(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（J I S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。

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 当分の間、昭和57年8月14日改定前の旧J I S規格のオーディオメータを使用してさしつかえないが、この測定値は聴力損失とって聴力レベルより低いデシベル値を示すので、500、1000、2000ヘルツの純音に対する聴力損失（デシベル値）をa、b、cとした場合、次の算式により聴力レベル（デシベル値）に換算した数値とする。

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

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（90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95デシベルとし、上記算式に計上し、聴力レベルを算定する。

(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）

⑦ 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、癒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いうることができないものである。

⑧ タオルをしぼる（水を切れる程度）

⑨ 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ることができないものである。

⑩ 片足で立つ

⑪ 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が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。

(ロ) 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。

㉑ 心胸比が60%以上のもの

㉒ 心電図で陳旧性心筋梗塞所見があるもの

㉓ 心電図で脚ブロック所見があるもの

㉔ 心電図で完全房室ブロック所見があるもの

㉕ 心電図で第2度の房室ブロック所見があるもの

㉖ 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

㉗ 心電図でSTの低下が0.2mV以上の所見があるもの

㉘ 心電図で第1誘導、第2誘導及び胸部誘導（ただしV₁を除く。）のいずれかのT波が逆転した所見があるもの

㉙ 心臓ペースメーカーを装着したもの

㉚ 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の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、身長の場合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①又は②の所見があり、③の症状を有するものとする。

① 呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの

② 指数の測定ができないもの又は指数が20以下のもの

③ 動脈血ガス分析値が、動脈血 O_2 分圧で55mmHg以下のもの又は動脈血 CO_2 分圧で60mmHg以上のもの

ウ ジン臓の機能障害

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

(イ) ジン臓の機能障害の程度についての判定は、臨床症状、じん機能検査成績、尿所見、血液化学検査、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。

じん臓機能検査において、内因性クレアチンクリアランス値が10ml/分未満、血清クレアチン濃度が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

① 尿毒症性心包炎

② 尿毒症性出血傾向

③ 尿毒症性中枢神経症状

じん臓機能検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、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2第6号に該当するものとする。

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⑦に定める検査成績を示すものをいう。

⑦ 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 (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) (BCG法)	4.2~5.1	3.0以上3.5以下	3.0未満
血小板数 (万/μl)	13~35	5以上10未満	5未満
プロトビリン時間 (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

(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	赤血球系	血色素量	g/dl (ザリー値) %	6未満 (40未満)
		赤血球数	$\times 10^4/\text{mm}^3$	200未満

梢 血 液 像		網赤血球	%	0.2未満
	白血球系	白血球数	/mm ³	1500未満
		顆粒球数	/mm ³	500未満
		病的細胞	%	20以上
血小板系	血小板数	×10 ⁴ /mm ³	1未満	
骨 髄 像	骨髄系	有核細胞数	×10 ⁴ /mm ³	1未満
		巨核球数	/mm ³	15未満
		リンパ球	%	60以上
		赤芽球(E)/(M)	—	0.1未満
		顆粒球(E)/(M)	—	0.1未満
		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) 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。

(7) 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(7)に準ずるもの

(ロ) 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。

(ホ) 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さ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、併合認定の取扱いは行わず、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程度のもの
11	精神の障害であつて、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)のアからウによること。

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つ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には、喉頭の先天性異常、喉頭の外傷又は発声に関係のある筋・発声に関係のある神経の障害のみならず、失語症によるものも含むものとするが、耳性のものは含まないものとする。

(イ) 音声又は言語機能を失ったものとは、音声もしくは言語を喪失するか、又は音声若しくは言語機能障害のため意志を伝達するために身ぶりや書字等の補助動作を必要とする程度のものとする。

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であるとする。

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のであるとする。

(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値が20ml/分未満、血清クレアチン濃度が5mg/dl 以上又は血液尿素窒素が40mg/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線上における骨異栄養症
 - 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 (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) (BCG 法)	4.2～5.1	3.0 以上 3.5 以下	3.0 未満

血小板数 (万/ μ l)	13~35	5以上10未満	5未満
プロトロン時間 (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

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 多幸気分ときに抑うつ状態 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) 異常行動 ときに傾眠状態 (普通の上ばかりで開眼し会話ができる) 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 尿便失禁がない 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。 嗜眠状態 (ほとんど眠っている) 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 (患者の協力がえられる場合) 指南力は高度に障害
IV	昏睡 (完全な意識の消失) 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 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つて、かつ、次表に掲げる血液検査異常度指表の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	血色素量	g/dl (ザーリー値)%	8未満 (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	$/ \text{mm}^3$	3000未満
		顆粒球数	$/ \text{mm}^3$	1000未満
		病的細胞		出現しているもの
血小板系	血小板数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	10未満	
骨髄像	骨髄系	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	5未満
		巨欠く球数	$/ \text{mm}^3$	30未満
		リンパ球	%	40異常
		赤芽球(E)/(M)	—	0.3未満
		顆粒球(E)/(M)		
		病的細胞		出現しているもの

(4) 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（水をきれの程度）	
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續する）	
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

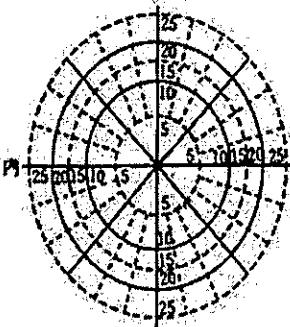
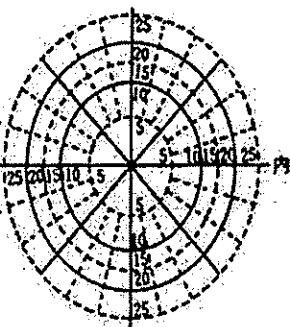
別表 (第二の6の(3)及び第三の1の(8)のウ)

知的機能の程度

段階 年齢	重 度	最 重 度
5歳以下	<ol style="list-style-type: none">1 ことばがごく少なく意志の表示は身ぶりなどで示す。2 ある程度の感情表現はできる(笑ったり、怒ったり等)。3 運動機能の発達の遅れが著しい。4 身のまわりの始末はほとんどできない。5 集団あそびはできない。	<ol style="list-style-type: none">1 言語不能2 最小限の感情表示(快、不快等)3 歩行が不能またはそれにちかいい。4 食事、衣服の着脱などはまったくできない。
6歳～17歳	<ol style="list-style-type: none">1 言語による意志表示はある程度可能。2 読み書きの学習は困難である。3 数の理解に乏しい。4 身近なものの認知や区別はできる。5 身辺処理は部分的に可能。6 身近な人と遊ぶことはできるが長続きしない。	<ol style="list-style-type: none">1 言語は数語のみ2 数はほとんど理解できない。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	<ol style="list-style-type: none">1 日常会話はある程度できる。2 ひらがなはどうか読み書きできる。3 数量処理は困難	<ol style="list-style-type: none">1 会話は困難2 文字の読み書きはできない。3 数の理解はほとんどできない。4 身辺処理はほとんど不可能。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。

(表 面)

障害児福祉手当 (福祉手当) 認定診断書 (視覚障害用)				
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	明治 大正 昭和 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 後天性 (疾病・不慮災・ 労災・その他)		⑥ 傷 病 発 生 日 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
⑦ ④のため初めて医師 の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有 (年後) ・無
現 症	⑨ 眼所見 (前眼部, 中間透光体, 眼底所見)			
	⑩ 視力	裸 眼 視 力	矯 正 視 力	矯正可能の場合は使用眼鏡の 種類とその度数
	右 眼			
	左 眼			
⑪ 視野	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>右眼</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>左眼</p>  </div> </div>			
⑫ 備考				
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 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ください。

◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(裏面)

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、別に紙片をはり付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つ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つ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 ⑩の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとしてください。
- 5 ⑪の欄は、視野障害が問題となり、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。
- 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(聴覚障害用)

① (ふりがな) 氏名	男・女	② 生年月日	昭和 平成	年	月	日
③ 住所	④ 傷病の原因となつた傷病名					
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性 (疾病・不慮災・労災・その他)		⑥ 傷病発生年月日	昭和 平成	年	月 日
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成		年	月	日	⑧ 将来再認定の要 有(年後) ・ 無

現 症	⑨ 聴力検査成績		db -10 0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 250 500 1000 2000 4000 Hz	(2) 最良語音明瞭度 右 _____ % 左 _____ %												
	(1) 純音聴力	(イ) 聴力レベル (新規格)														
		<table border="1"> <tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (db値で記入)		500	1000	2000	右				左					
	500	1000	2000													
右																
左																
	(ロ) 聴力損失 (旧規格)	<table border="1"> <tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (db値で記入)		500	1000	2000	右				左					
	500	1000	2000													
右																
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
	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

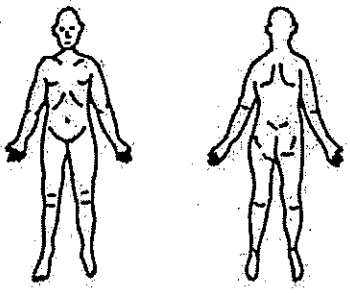

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎ 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ると認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 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 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 昭和57年8月14日改正後のJIS規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨(1)(イ)の聴力レベル(新規格)の欄に記入し、同日改正前のJIS規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨(1)(ロ)の聴力損失(旧規格)の欄に記入してください。なお、オーディ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、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。

(表 面)

障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（肢体不自由用）				
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 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 後天性 (疾病・不慮災・ 労災・その他)		⑥ 傷 病 発 生 日 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
⑦ ④のため初めて医師 の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有 (年後) ・無
⑨ 現 症				
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>1</p>  <p>正面 背面</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>左 右</p> <p>■ 欠損部分 ■ 知覚脱失部分 ▨ 知覚鈍麻部分 ▩ 知覚異常部分 * その他の障害の部分</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">(注) 痺痛癢痕も記入してください。</p>				
2 四肢周径 (cm)			3 四肢長 (cm)	
	上腕中央部	前腕最大部	大腿中央部	下腿最大部
右				
左				
	上肢長	下肢長		
右				
左				
4 神経学的所見				
(1) 知覚障害……………有 無 (あれば上図に記入すること) (2) 運動麻痺の種類 (該当するものを○で囲んでください。 弛緩性 痙性 失調性 不随意運動性 強剛 (固縮) 性 しんせん性 (3) 障害の起因部位 (該当するものを○で囲んでください。 脳性 脊髄性 末梢神経性 筋性 その他 (4) 諸反射検査				
	上肢 腱 反 射	下肢 腱 反 射	バビンスキー反射	その他の病的反射
右				
左				
(5) ぼうこう・直腸麻痺……………有 無				

5 体幹・四肢関節可動域

部 位	運動の 方 向	可 動 域				部 位	運動の 方 向	可 動 域	
		右		左				自 動	他 動
		自動	他動	自動	他動				
肩関節									
肘関節									
前腕									
手関節									
股関節									
膝関節									
足関節									

頸部			
胸腰部			

6. その他

⑩ 日常生活動作の障害程度（補装具等を使用しない状態で判定すること。）	記号	ひとりのできる場合……………○
		ひとりできてもうまくできない場合……△
		ひとりでは全くできない場合……………×

1 つまむ（新聞紙が引き抜け ない程度）……………	{ 右 左 }	12 スボンの着脱（どのような姿 勢でもよい）……………	—
2 握る（丸めた週刊誌が引 き抜けない程度）……………	{ 右 左 }	13 靴下をはく（どのような姿 勢でもよい）……………	—
3 タオルを絞る（水をきれる程度）…両手	—	14 すわる { 支えなして正坐・横すわ り・あぐら・脚なげ出し （このような姿勢を持続 する） } ……	—
4 顔を洗う……………	—	15 こしかける { 可能 背もたれ一要・不要 不能 }	—
5 ひもを結ぶ……………	—	16 深くおじぎをする……………	—
6 はしで食事をする……………	{ 右 左 }	17 立ち上る { 可能 支持一要・不要 不能 }	—
7 さじで食事をする……………	{ 右 左 }	18 歩く（室内）……………	—
8 握力……………	{ 右 左 }	19 階段をのぼる { 可能 手すり一要・不要 不能 }	—
9 用便 { 小便（ズボンの前のボタン のところに手をやる）… 大便（臀のところに手をやる）… }	—	20 階段をおりる { 可能 手すり一要・不要 不能 }	—
10 かぶりシャツを着る脱ぐ……………	—		
11 シャツのボタンの止めはずし……………	—		

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 ㊟

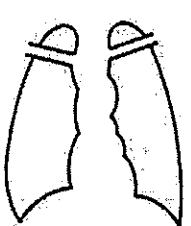
◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。
 ◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

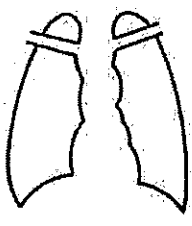
(裏面)

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、記入事項に不明の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 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つ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 ⑨の欄は、次によつてください。
 - (1) 1の図は、障害の内容に応じてそれぞれの部位を塗りつぶしてください。
 - (2) 「四肢長」の測定は、上肢長については肩峰より橈骨茎状突起まで、下肢長については、腸骨前上棘より内果までの距離を測つてください。
 - (3) 4の「障害の起因部位」が心因性のもと思われる場合は、「その他」のところを○で囲んでください。
 - (4) 5の「体幹・四肢関節可動域」は、関節角度計を使用してください。また、運動障害のある部位について、運動の方向別に解剖学的肢位を0°（前腕については手掌面が矢状面にある状態を0°とし、肩関節の水平屈曲伸展計測については外転90°位を0°とする。）とした測定方法（昭和49年6月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測定方法）により測定した最大可動域を記入してください。
- 5 6の「その他」には、現疾患にかかわる変形や筋力の減弱等日常生活動作に直接関連を有する症状について記入してください。
- 6 ⑩の欄の日常生活動作については、それぞれの状態に応じて○・△・×を記入してください。
なお、15、17、19及び20の動作については、該当するものを○で囲んでください。

(表面)

障害児福祉手当 (福祉手当) 認定診断書 (心臓疾患用)			
① (ふりがな) 氏名	-----	男・女	② 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住所	④ 疾病の原因となつた傷病名		
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日 昭和 平成 年 月 日	⑥ 傷病発生日 昭和 平成 年 月 日		
⑦ 障害が永続すると判定された日 昭和 平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要 有 (年後)・無	
⑨ 一般用 1 臨床所見 (1) 動悸 (有・無) (2) 息切れ (有・無) (3) 呼吸困難 (有・無) (4) 胸痛 (有・無) (5) 血痰 (有・無) (6) チアノーゼ (有・無) (7) 浮腫 (有・無) (8) 血圧 (最高 最低) (9) 心拍数 () (10) 脈拍数 () (11) 心音 () (12) その他の臨床所見		3 活動能力の程度 (該当するものどれか一つを選んで○で囲んでください。) (1) 普通の活動でも心不全症状又は狭心症症状が起こらないもの (2) 家庭内での普通の活動では何でもないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの (3) 家庭内での普通の活動では何でもないが、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 (4) 家庭内での極めて温和な活動では何でもないが、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 (5) 安静時でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの	
2 X線・心電図所見 (1) 陳旧性心筋梗塞 (有・無) (2) 脚ブロック (有・無) (3) 完全房室ブロック (有・無) (4) 不完全房室ブロック (有第 度・無) (5) 心房細動 (粗動) (有・無) 心拍数に対する脈拍数の欠損 (/分) (6) STの低下 (有 mV・無) (7) 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導(ただし、V ₁ を除く。)のいずれかのT波の逆転 (有・無)		平成 年 月 日撮影 	

<p>⑩ 小児用</p> <p>1 臨床所見</p> <p>(1) 著しい発育障害 (有・無)</p> <p>(2) 心音・心雑音の異常 (有・無)</p> <p>(3) 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)</p> <p>(4) 運動制限 (有・無)</p> <p>(5) チアノーゼ (有・無)</p> <p>(6) 肝腫 (有・無)</p> <p>(7) 浮腫 (有・無)</p>	<p>3 養護の区分 (該当するものを○で囲んでください。)</p> <p>(1) 6か月～1年ごとの観察</p> <p>(2) 1か月～3か月ごとの観察</p> <p>(3) 症状に応じて要医療</p> <p>(4) 継続的医療</p> <p>(5) 重い心不全、低酸素血症又はアダムスストークス発作で継続的医療を要するもの</p>
<p>2 X線・心電図所見</p> <p>(1) 心胸比56%以上 (有・無)</p> <p>(2) 肺血流量増又は減 (有・無)</p> <p>(3) 肺静脈うつ血像 (有・無)</p> <p>(4) 心室負荷像 (有〔右室, 左室, 両房〕・無)</p> <p>(5) 心房負荷像 (有〔右房, 左房, 両房〕・無)</p> <p>(6) 病的な不整脈 (種類) (有・無)</p> <p>(7) 心筋障害像 (所見) (有・無)</p>	<p>平成 年 月 日撮影</p> 
<p>⑪ 備考</p>	
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 所在地</p> <p>診療担当科名 医師氏名 ㊦</p>	

◎ 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。

◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

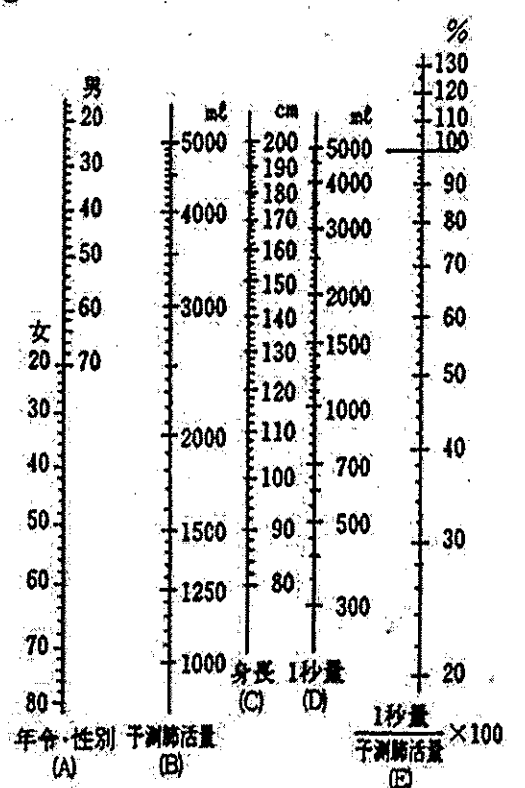
(日本工業規格A列4番)

(裏面)

注意

- 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ると認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。
- ㊦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つ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。

(表 面)

障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（結核及び換気機能障害用）				
① (ふりがな) 氏 名	-----	男・女	② 生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 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 ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑥ 傷病発生年月日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有 (年後) ・ 無
現 症	⑨ 身体計測 身長 cm : 体重 kg		⑩ 	
	⑪ 胸部X線所見 ア 胸膜癒着 なし・軽・中・高 イ 気腫化 なし・軽・中・高 ウ 線維化 なし・軽・中・高 エ 不透明肺 なし・軽・中・高 オ 胸廓変形 なし・軽・中・高 カ 心臓隔の変形 なし・軽・中・高 撮影 平成 年 月 日			
	⑫ 活動能力の程度 ア 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆつくりならのぼれる イ 階段をゆつくりでものぼれないが、途中休み休みならのぼれる ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるがゆつくりなら歩ける エ ゆつくりでも少し歩くと息切れがする オ 息苦しくて身のまわりのこともできない			
	⑬ 安静度 1度 2度 3度 4度 5度 6度			
⑬ 換気機能 (平成 年 月 日) ア 予測肺活量 _____ ml イ 1秒量 _____ ml ウ 予測肺活量1秒率 $(= \frac{\text{イ}}{\text{ア}} \times 100)$ % (ア、ウについては⑩欄のノモグラムを使用してください。)		⑭ 現在までの治療内容等		
⑮ 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 ㊟		⑯ その他の障害又は病状 臨床所見		

㉠ 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状態の認定に無関係な欄は、記入する必要がありません。

㉡ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(日本工業規格A列4番)

(裏面)

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つ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 ⑩の欄には、添付されたX線写真について、その所見を記入してください。
- 5 ⑫の欄には、「結核の治療指針」(厚生省)の安静度について該当するものを○で囲んでください。
- 6 ⑭の欄のノモグラムの使い方は、次のとおりです。
(A)と(C)とから、(B)上にBaldwinの予測式による予測肺活量が得られる。
(B)と(D)とから、(E)上に予測肺活量に対する1秒率が得られる。
- 7 ⑮の欄には、現在までの治療の内容、期間、経過などを記入してください。
- 8 この診断書の外に胸部X線写真を添えてください。

(表 面)

障害児福祉手当 (福祉手当) 認定診断書 (じん臓疾患用)				
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住 所			④ 疾病の原因となつた傷病名	
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有 (年後)・無
現 症	⑨ 臨床所見(該当する項目が有の場合 は、それを裏付ける所見を〔 〕に記 入してください。) (1) 尿毒症性心包炎 (有・無)〔 〕 (2) 尿毒症性出血傾向(有・無)〔 〕 (3) 尿毒症性中枢神経 症状 (有・無)〔 〕 (4) じん性浮腫 (全身・軽度・無) (日間)〔 〕 (5) その他の臨床所見()		⑩ 活動能力の程度 (該当するものど れか一つを選んで○で囲んでくださ い。) (1) 普通の生活については著しく制 限されることがないもの (2) 家庭内での普通の生活又は社会 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 (3) 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 (4) 自己の身の日常生活活動を著 しく制限されるもの	
	⑪ じん機能検査成績(平成 年 月 日) (1) 内因性クレアチニンクリアランス値 (ml/分)・測定不能 (2) 血清クレアチニン濃度 (mg/dl) (3) 血清尿素窒素濃度 (mg/dl) (4) 尿所見(・尿たん白1日量 g) (5) 24時間尿量 (ml/日) (6) その他参考となる検査所見		⑫ 人工透析療法の実施状況 有 (回数 /週・期間) 無	
⑬ 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ください。

◎字は楷書ではつきりと書いてください。

(日本工業規格A列4番)

(裏面)

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つ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 じん機能の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。
なお、人工透析療法を受けている者の場合は、当該療法実施前の検査成績により記入してください。

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書				〔 肝臓 疾患及びその他の疾患用 〕 血液																																																																																																							
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生年月日	昭和 平成	年 月 日																																																																																																						
③ 住 所			④ 傷病の原因と なった傷病名																																																																																																								
⑤ ④のため初めて医師の 診断を受けた日	昭和 平成	年 月 日	⑥ 傷病発生 年月日	昭和 平成	年 月 日																																																																																																						
⑦ 障害が永続すると判定 された日	昭和 平成	年 月 日	⑧ 将来再認定 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		(2) 他覚所見	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">検査項目</th> <th style="width:10%;">検査日</th> <th style="width:10%;">施 設</th> <th style="width:10%;">基 準 値</th> <th style="width:10%;">. . .</th> <th style="width:10%;">. . .</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST(GOT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT(GPT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総ビリルビン</td><td>mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></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>BCG法・BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>・改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>×10⁴/μl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン時間</td><td>%</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総コレステロール</td><td>mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td>μg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td>ng/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II</td><td>mAU/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			検査項目	検査日	施 設	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 ⁴ /μl					プロトロンビン時間	%					総コレステロール	mg/dl					血中アンモニア	μg/dl					AFP	ng/ml					PIVKA-II	mAU/ml				
検査項目	検査日	施 設				基 準 値																																																																																																			
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 ⁴ /μl																																																																																																										
プロトロンビン時間	%																																																																																																										
総コレステロール	mg/dl																																																																																																										
血中アンモニア	μg/dl																																																																																																										
AFP	ng/ml																																																																																																										
PIVKA-II	mAU/ml																																																																																																										
全身倦怠感 (無・有・著)	肝 萎 縮 (無・有・著)	発 熱 (無・有・著)	脾 腫 大 (無・有・著)																																																																																																								
食 欲 不 振 (無・有・著)	浮 腫 (無・有・著)	悪 心 ・ 嘔 吐 (無・有・著)	腹 水 (無・有・ 有(難治性))																																																																																																								
皮 膚 掻 痒 感 (無・有・著)	黄 疸 (無・有・著)	有 痛 性 筋 痙 攣 (無・有・著)	腹 壁 静 脈 怒 張 (無・有・著)																																																																																																								
吐 血 ・ 下 血 (無・有・著)	肝 性 脳 症 (無・有(度))		出 血 傾 向 (無・有・著)																																																																																																								
2 Child-Pughによるgrade																																																																																																											
A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)																																																																																																											
3 胆道閉鎖症の治療歴																																																																																																											
(1) 手術所見(日時:平成 年 月 日)																																																																																																											
(2) 治療経過																																																																																																											
4 肝 生 検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)																																																																																																											
所見 グレード() ステージ()																																																																																																											
5 食道・胃などの静脈瘤																																																																																																											
(1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日)																																																																																																											
(2) 吐血・下血の既往 無・有(回)																																																																																																											
(3) 治療歴 無・有(回)																																																																																																											
6 肝腫瘍治療歴 無・有																																																																																																											
・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回																																																																																																											
・放射線療法 回 ・化学療法 回																																																																																																											
7 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴																																																																																																											
所見		8 治療内容																																																																																																									
		(1) 利尿剤(無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有)																																																																																																									
		(2) 特殊アミノ酸製剤(無・有) (5) 血小板輸血(無・有)																																																																																																									
		(3) 抗ウイルス療法(無・有) (6) その他																																																																																																									
		具体的な内容																																																																																																									
		9 その他の所見																																																																																																									
		(1) 肝移植 無・有(有の場合は移植年月日(平成 年 月 日))																																																																																																									
		経過																																																																																																									
		(2) その他(超音波・CT・MRI検査等)(平成 年 月 日)																																																																																																									

⑩ 血液検査 (平成 年 月 日現症)

1 臨床所見

立ちくらみ (有・無)

動悸 (有・無)

息切れ (有・無)

出血傾向 (有・無)

発熱 (有・無)

感染 (有・無)

輸血の回数及び量 平成 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日
回計 cc

その他の臨床所見

2 血液検査成績 (平成 年 月 日)

	検査項目	検査成績
末梢血液	血色素量	g/dl %
	赤血球数	$\times 10^4/\text{mm}^3$
	網赤血球	%
	白血球数	$/\text{mm}^3$
	顆粒球数	$/\text{mm}^3$
	病的細胞	%
	血小板数	$\times 10^4/\text{mm}^3$
骨髓	有核細胞数	$\times 10^4/\text{mm}^3$
	巨核球数	$/\text{mm}^3$
	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 | 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 普通人の2分の1程度の運動はよい |
| 3 必要時のみ室内歩行(30分以内) | 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。 |
| 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 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場合がありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて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、それが不明な場合には、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か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 血液の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。
- 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。
- 7 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- 8 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。
- 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、結核及び肝機能障害、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。
- 10 ⑫の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」(厚生省)に掲げる安静度表に準拠してください。
- 11 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。

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

(裏 面)

現 症	⑪ 日常生活能力の程度 (必ず記入してください)	1 食事 (全介助・半介助・自立) 2 洗面 (全介助・半介助・自立) 3 排泄 <small>せつ</small> [おむつ必要・おむつ不要] 全介助・半介助・自立 4 衣服 [脱げない・着れない・ ボタン不能・自立]	5 入浴 (全介助・半介助・自立) 6 危険物 [全くわからない・特定の物、 場所はわかる・大体わかる] 7 睡眠 [夜眠らず騒ぐ・時々不眠] 寝ぼける・問題なし
	上記の内容を具体的に記載して下さい。		
	⑫ 要注意度	1 常に嚴重な注意を必要とする 2 随時一応の注意を必要とする 3 ほとんど必要ない	
	⑬ 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状態の認定に無関係な欄は記入する必要はありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

記入上の注意

- 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ると認定が遅くなる場合がありますので、できるだけ詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。また、記入する欄()は具体的に詳しく記入してください。
なお、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。
- 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、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。
- ⑪から⑭までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
- 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑩の欄に記入してください。
- ⑯の欄は、⑪から⑭までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」は記入する必要はありません。

(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (視覚障害用)					
① (ふりがな) 氏 名	-----		男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 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 後天性 (疾病・不慮災・ 労災・その他)		⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日	
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有(年後)・無	
現 症	⑨ 眼所見 (前眼部, 中間透光体, 眼底所見)				
	⑩ 視 力		裸眼視力	矯正視力	矯正可能の場合は使用眼鏡の種類とその度数
		右眼			
	左眼				
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					

◎ 裏面をよく読んでから記入してください。

◎ 字は楷書ではつきり書いてください。

(裏 面)

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 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つ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 ⑩の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとしてください。
- 5 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、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (聴覚、平衡機能、そして障害用) やく、音声言語機能																													
① (ふりがな) 氏 名		男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 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 後天性 (疾病・不慮災・ 労災・その他)	⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日																										
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	⑧ 将来再認定の	有(年後)・無																										
現 症	⑨ 聴力検査成績 (純音聴力) (イ) 聴力(新規格) <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (dB値で記入)				500	1000	2000	右				左				(ロ) 聴力(旧規格) <table border="1" style="display: inline-table;"> <tr><td></td><td>500</td><td>1000</td><td>2000</td></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (dB値で記入)			500	1000	2000	右				左			
		500	1000	2000																									
右																													
左																													
	500	1000	2000																										
右																													
左																													
			⑩ 平衡機能障害	(イ) 閉眼起立 (可能・不能) (ロ) 10m歩行 (可能・不能) (手すり等は使用しない)																									
			⑪ その他機能障害	(イ) 流動食以外の摂取 (可能・不能) (ロ) 食餌が常に口からこぼれ出る (出る・出ない) (ハ) 一日の大半を食事に要する (要する・要しない)																									
⑫ 音声言語機能障害		(イ) 音声言語の状態 (喪失・著障・軽障) (ロ) 意志の伝達に身振り、書字が必要 (要・不要)																											
⑬ 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 ㊟																													

◎ 裏面をよく読んでから記入してください。

◎ 字は楷書ではつきり書いてください。

(裏面)

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場合がありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて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つて記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑨の欄のデシベル値は、話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 昭和 57 年 8 月 14 日改正後の JIS 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨(イ)の聴力レベル(新規格)の欄に記入し; 同日改正前の JIS 規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨(ロ)の聴力損失(旧規格)の欄に記入してください。なお、オーディ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 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。

8 関節可動域及び筋力 (首・体幹・四肢)	部位	運動の種類	右					左				
			関節可動域		関節運動筋力			関節可動域		関節運動筋力		
			他動範囲	強直肢位	正常又はやや減	半減	著減又は消失	他動範囲	強直肢位	正常又はやや減	半減	著減又は消失
首												
体幹												
肩関節												
肘関節												
手関節												
股関節												
膝関節												
足関節												
⑩ 補助用具状況	1 常時 (起床から就寝まで使用) 2 とどきとき使用 3 使用せず		ア 義手 オ つ ケ 補助用小道具	イ 義手 え カ コ その他 (具体的に)	ウ 足 松葉づえ その他 (具体的に)	エ 上肢補装具 キ 車いす	オ 下肢補装具 ク 歩行車					
⑪ 日常生活動作の障害程度	ひとりでもうまくできる場合.....○ (例) 4の場合 5秒以内にできる.....○ ひとりできてもうまくできない場合.....△ を付ける } 10秒 //△ ひとりでは全くできない場合.....× 8と9の場合 10秒ではできない.....× 1分 //○ 1分 //△ 1分ではできない.....×											
			補助具等				補助具等					
		使しない		使用		使しない		使用				
1	つまむ (新聞紙が引き抜けない程度)	右 左 左 両手 両手 右 左 左 右 左			10	ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)						
2	握る (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)		11	靴下をはく (どのような姿勢でもよい)								
3	タオルを絞る (水をきれ程度)		12	すわる (正座・横すわり、あぐら、脚なげ出し (このような姿勢を持続する))								
4	とじひもを結ぶ	13	歩く									
5	食事をする	14	片足で立つ									
6	顔を洗う (顔に手のひらをつける)	15	立ち上る									
7	排便の処置をする (臀のところに手をやる)	16	階段をのぼる									
8	かぶりシャツを着て脱ぐ	17	階段をおりる									
9	ワイシャツのボタンをとめる											
(注) 補助具等の使用欄には、支持 (立ち上る場合) 及び手すり (階段の昇降の場合) を要した場合を記入すること。												
⑫ 備考												
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 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。

○ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(裏面)

注意

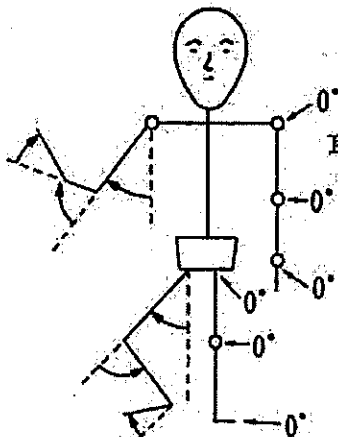
- 1 この診断書は、特別障害者手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点があると認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて記入してください。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病については初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑨の欄は、次によつてください。
 - (1) 1の図は、障害の種類に応じてそれぞれの部位を塗りつぶしてください。
 - (2) 3の「四肢長」の測定は、上肢長については肩峰から橈骨茎状突起まで、下肢長については、腸骨前上棘から肉果までの距離を測ってください。
 - (3) 4の「障害の起因部位」が心因性的なものと思われる場合は、「その他」のところを○で囲んでください。
 - (4) 5及び8の「関節の可動域」は、関節角度計を使用してください。また、運動障害のある部位について、運動の方向別に解剖学的肢位を 0° （前腕については手掌面が矢状面にある状態を 0° とし、肩関節の水平屈曲伸展計測については外転 90° 位を 0° とする。）とした測定方法（昭和49年6月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測定方法）により測定した最大可動域を記入してください。

四肢の角度の測り方

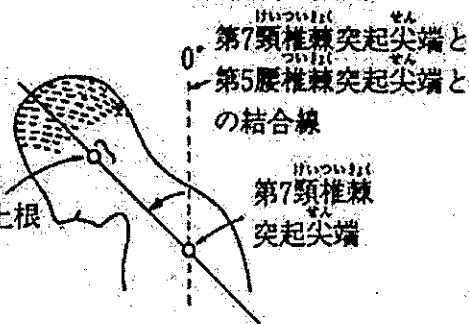
例

- ア 自然起立姿勢で四肢関節がとる位置は、次のような角度になります。
肩関節 0° ；肘関節 0° ；手関節 0° ；股関節 0° ；膝関節 0° ；足関節 0° （図A参照）
- イ 四肢の運動角度は、図Aの \searrow の角度を記入してください。
- ウ 首・体幹の運動角度は、図B・Cの \searrow の角度を記入してください。
なお、自然起立位で体幹がとる位置は、すべて 0° とします。

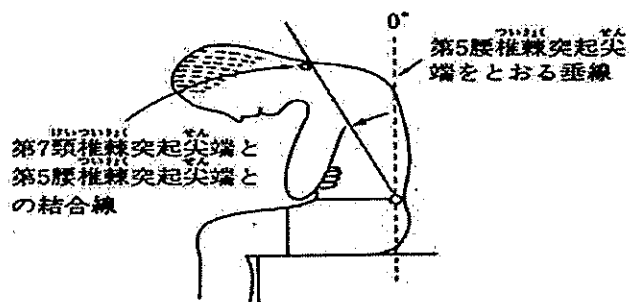
A (基本肢位と角度) 測足の方向



B (首前屈・後屈)

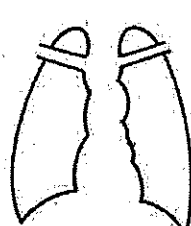


C (体幹前屈・後屈)



- (5) 8の筋力の程度を表す具体的な「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……検者が手を置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 (筋力テスト3)
 - 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 (筋力テスト1又は2)
 - 消 失……いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合 (筋力テスト0)

(表面)

特別障害者手当認定診断書 (心臓疾患用)			
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住所		④ 疾病の原因となつた傷病名	
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 (年後) ・無
現 ⑨ 臨床所見 1 動悸 (有・無) 2 息切れ (有・無) 3 呼吸困難 (有・無) 4 胸痛 (有・無) 5 血痰 (有・無) 6 チアノーゼ (有・無) 7 浮腫 (有・無) 8 血圧 (最高 最低) 9 心拍数 10 脈拍 11 心音 12 心臓ペースメーカー装置 (有 (昭和 平成 年 月 日装着) ・無) 13 人工弁装置 (有 (昭和 平成 年 月 日装着) ・無) 14 その他の臨床所見	⑩ 活動能力の程度 1 普通の活動でも心不全症状又は狭心症症状が起こらないもの 2 家庭での普通の活動では何でもないが、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 3 家庭内での極めて温和な活動では何でもないが、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 4 自己の身の動作でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの 5 安静時でも心不全症状又は狭心症症状が起こるもの		
症 ⑩ X線・心電図所見 1 陳旧性心筋梗塞 (有・無) 2 脚ブロック (有・無) 3 完全房室ブロック (有・無) 4 不完全房室ブロック (有第 度・無) 5 心房細動 (粗動) (有・無) 6 心拍数に対する脈拍数の欠損 (/分) 7 S T の低下 (有 mV・無) 8 第I誘導、第II誘導及び胸部誘導 (ただし、V ₁ を除く。) のいずれかのT波の逆転 (有・無)	⑪ 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 普通人の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 備考	 <p style="text-align: right;">心胸比 %</p>		
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。

◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

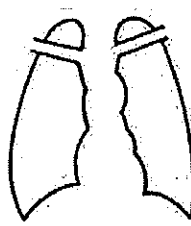
(日本工業規格A列4番)

(裏面)

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ると認定が遅くなる場合がありますので、詳しく記入してください。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けて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つ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 ⑫の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」(厚生省)に掲げる安静度表に準拠してください。

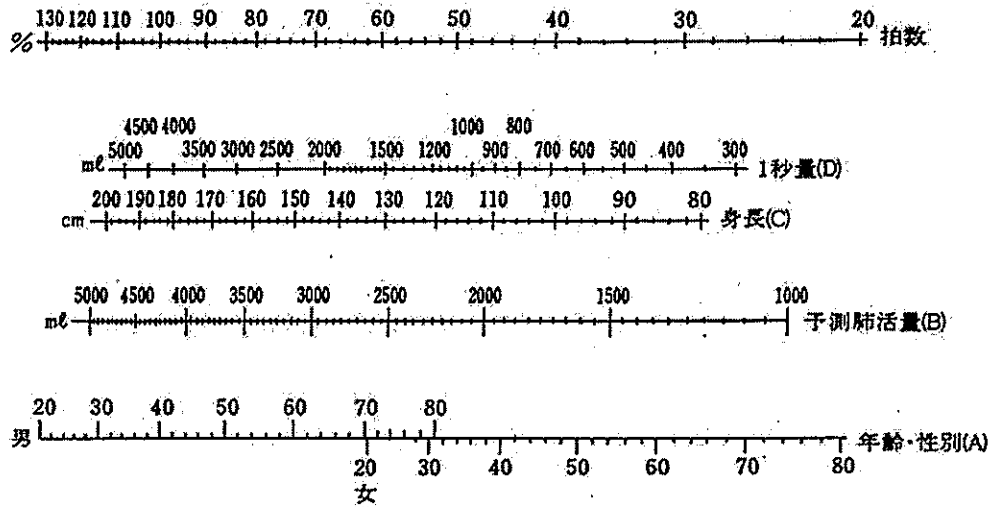
(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (結核及び換気機能障害用)					
① (ふりがな) 氏名	----- 氏名	男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 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 ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日		
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の	有 (年後)・無	
現 症	⑨ 身体計測 身長 cm: 体重 kg			⑭ 現在までの治療内容等	
		⑩ 胸部X線所見	ア 胸膜癒着 なし・軽・中・高		⑮ その他の障害又は病状臨床所見
		イ 気腫 ^{しよ} なし・軽・中・高			
		ウ 線維化 ^{しよ} なし・軽・中・高			
エ 不透明肺 なし・軽・中・高					
オ カ 胸廓 ^{かく} 変形 なし・軽・中・高	心臓隔 ^{かく} の変形 なし・軽・中・高				
撮影 平成 年 月 日					
⑪ 活動能力の程度 ア 階段を人並みの速さで昇れないが、ゆつくりなら昇れる イ 階段をゆつくりでも昇れないが途中休み休みなら昇れる ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるがゆつくりなら歩ける エ ゆつくりでも少し歩くと息切れがする オ 息苦しくて身のまわりのこともできない					
⑫ 安静度 1度 2度 3度 4度 5度 6度					
⑬ 換気機能 (平成 年 月 日) ア 予測肺活量 ml イ 1秒量 ml ウ 予測肺活量1秒率 % ($=\frac{イ}{ア} \times 100$) (ア、ウについては裏面のノモグラムを使用してください) エ 動脈血O ₂ 分圧 mmHg オ 動脈血CO ₂ 分圧 mmHg					
⑯ 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ください。障害者の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄は、記入する必要がありません。
◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。 (日本工業規格A列4番)

(裏面)

ノモグラム



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ると認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 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、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑩の欄には、添付されたX線写真について、その所見を記入してください。
- 5 ⑫の欄には、「結核の治療指針」(厚生省)の安静度について該当するものを○で囲んでください。
- 6 ⑭の欄には、現在までの治療の内容、期間、経過などを記入してください。
この診断書の外に胸部X線写真を添えてください。
- 7 ノモグラムの使い方は次のとおりです。
 - (1) (A)と(C)から、(B)上にBaldwinの予測式による予測肺活量が得られる。(B)と(D)から(E)上に予測肺活量に対する1秒率が得られる。
 - (2) (D)を1秒量の代わりに実測肺活量とすれば、(B)と(D)とから(E)上にパーセント肺活量が得られる。
 - (3) (B)に実測肺活量を代入すれば、(B)と(D)とから(E)上に通常の1秒率が得られる。

(表 面)

特別障害者手当認定診断書 (じん臓疾患用)				
① 氏名	(ふりがな) -----	男・女	② 生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
③ 住所			④ 疾病の原因となつた傷病名	
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日		⑥ 傷病発生日	昭和 平成 年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	昭和 平成 年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有(年後)・無
現 症	⑨ 臨床所見 (該当する項目が有の場合は、それを裏付ける所見を〔 〕に記入して下さい。) 1 尿毒症性心包炎 (有・無)〔 〕 2 尿毒症性出血傾向 (有・無)〔 〕 3 尿毒症性中枢神経症状 (有・無)〔 〕 4 じん性浮腫 (全身・軽度・無) (日間)〔 〕 5 その他の臨床所見〔 〕		⑩ 活動能力の程度 1 普通の生活については著しく制限されることはないもの 2 家庭内での普通の生活又は社会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 3 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 4 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの	
	⑩ じん臓機能検査成績 (平成 年 月 日) 1 内因性クレアチンクリアランス値 (ml/分) ・測定不能 2 血清クレアチン濃度 (mg/dl) 3 血清尿素窒素濃度 (mg/dl) 4 尿所見 (・尿たん白1日量 g) 5 24時間尿量 (ml/日) 6 その他の参考となる検査所見		⑫ 人工透析療法の実施状況 有 (回数 /週・期間) 無	
	⑬ 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 普通の人の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	
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ください。

◎ 字は楷書ではつきりと書いてください。

(日本工業規格A列4番)

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、別の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、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 じん機能の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。
なお、人工透析療法を受けている者の場合は、当該療法実施前の検査成績により記入してください。
- 5 ⑬の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」（厚生省）に掲げる安静度表に準拠してください。

特別障害者手当認定診断書				〔 肝臓 血液 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 平成	年 月 日																																																																																																									
③ 住 所			④ 傷病の原因と なった傷病名																																																																																																											
⑤ ④のため初めて医師の 診断を受けた日	昭和 平成	年 月 日	⑥ 傷病発生 年月日	昭和 平成	年 月 日																																																																																																									
⑦ 障害が永続すると判定 された日	昭和 平成	年 月 日	推定 確認	⑧ 将来再認定 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 全身倦怠感 (無・有・著) 発 熱 (無・有・著) 食 欲 不 振 (無・有・著) 悪 心 ・ 嘔 吐 (無・有・著) 皮膚そう痒感 (無・有・著) 有痛性筋痙攣 (無・有・著) 吐 血 ・ 下 血 (無・有・著)			(2) 他覚所見 肝 萎 縮 (無・有・著) 脾 腫 大 (無・有・著) 浮 腫 (無・有・著) 腹 水 (無・有・ 有(難治性)) 黄 疸 (無・有・著) 腹 壁 静 脈 怒 張 (無・有・著) 肝 性 脳 症 (無・有(度)) 出 血 傾 向 (無・有・著)			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:30%;">検査項目</th> <th style="width:10%;">検査日</th> <th style="width:10%;">施 設</th> <th style="width:10%;">基 準 値</th> <th style="width:10%;">..</th> <th style="width:10%;">..</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>AST(GOT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ALT(GPT)</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>γ-GPT</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血清総ビリルビン</td><td>mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>アルカリホスファターゼ</td><td>IU/l</td><td></td><td></td><td></td><td></td></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>BCG法・BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>・改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血小板数</td><td>×10⁴/μl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>プロトロンビン時間</td><td>%</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>総コレステロール</td><td>mg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>血中アンモニア</td><td>μg/dl</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AFP</td><td>ng/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PIVKA-II</td><td>mAU/ml</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>			検査項目	検査日	施 設	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 ⁴ /μl					プロトロンビン時間	%					総コレステロール	mg/dl					血中アンモニア	μg/dl					AFP	ng/ml					PIVKA-II	mAU/ml				
検査項目	検査日	施 設	基 準 値																																																																																																									
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 ⁴ /μl																																																																																																													
プロトロンビン時間	%																																																																																																													
総コレステロール	mg/dl																																																																																																													
血中アンモニア	μg/dl																																																																																																													
AFP	ng/ml																																																																																																													
PIVKA-II	mAU/ml																																																																																																													
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)																																																																																																														
3 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見 グレード() ステージ()																																																																																																														
4 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無・有(回) (3) 治療歴 無・有(回)																																																																																																														
5 肝腫瘍治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回			8 その他の所見 (1) 肝移植 無・有(有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過																																																																																																											
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 所見			(2) その他(超音波・CT・MR検査等)(平成 年 月 日)																																																																																																											
7 治療内容 (1) 利尿 剤(無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有) (2) 特殊アミノ酸製剤(無・有) (5) 血 小 板 輸 血(無・有) (3) 抗ウイルス療法(無・有) (6) そ の 他 具体的内容																																																																																																														

⑩ 血液検査 (平成 年 月 日現症)

1 臨床所見

立ちくらみ (有・無)

動悸 (有・無)

息切れ (有・無)

出血傾向 (有・無)

発熱 (有・無)

感染 (有・無)

輸血の回数 昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日
 及び量 平成 回計 cc

その他の臨床所見

2 血液検査成績 (平成 年 月 日)

	検査項目	検査成績
末梢血液	血色素量	g/dl %
	赤血球数	$\times 10^4/mm^3$
	網赤血球	%
	白血球数	$/mm^3$
	顆粒球数	$/mm^3$
	病的細胞	%
	血小板数	$\times 10^4/mm^3$
骨髓	有核細胞数	$\times 10^4/mm^3$
	巨核球数	$/mm^3$
	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 | 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 普通人の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

- 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
- 軽度の症状があり、肉体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
- 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
- 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
- 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

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、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ると認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。
- 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、それが不明な場合には、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か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 血液の検査成績は、過去3か月間において、病状を最もよく表している成績を記入してください。
- 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。
- 7 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- 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。
- 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、結核及び肝機能障害、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。
- 10 ⑫の欄の「安静を要する程度」は、「結核の治療指針」(厚生省)に掲げる安静度表に準拠してください。
- 11 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(精神の障害用)					
① 氏名			男・女	② 生年月日	昭和 平成 年 月 日
③ 住所				④ 障害の原因となった傷病名	
⑤ 傷病発生 年 月	主な精神障害	昭和 平成 年 月	⑥ 合併症	精神障害 身体障害	
	合併精神障害	昭和 平成 年 月			
	合併身体障害	昭和 平成 年 月			
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	昭和 平成 年 月 日	⑧ 将来再判定の要		有 (年後) ・ 無	
⑨ 現病歴(陳述者より聴取)			陳述者の氏名 患者との続柄		
ア 発病以来の病状と経過			イ 発病以来の治療歴 (病院名) (治療期間) (入院・外来別) (病名) (主な療法) (転帰)		
			(ア) 年 月 ~ 年 月 入・外 (イ) 年 月 ~ 年 月 入・外 (ウ) 年 月 ~ 年 月 入・外 (エ) 年 月 ~ 年 月 入・外		
⑩ これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴を陳述者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。)	ア 発育・養育歴		イ 教育歴 乳児期 不就学 ・ 就学猶予 小学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 中学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 高校(普通学級・特別支援学校) その他		
障害の状態(平成 年 月 日現在)					
現 症	現在の病状又は状態像				左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。
	⑪ 知能障害等	1 知的障害 知能指数又は発達指数 (IQ・DQ) テスト方式 () テスト不能 判定 (最重度、 重度、 中度、 軽度) 判定年月日 (平成 年 月 日) 2 高次脳機能障害 ア 失行 イ 失認 ウ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害 3 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他 () 4 その他 ()			
	⑫ 発達障害関連症状	1 相互的な社会関係の質的障害 2 言語コミュニケーションの障害 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 4 その他 ()			
	⑬ 意識障害・てんかん	1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もろろ 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他 () ・ てんかん発作のタイプ () ・ てんかん発作の頻度 ((年間・月・週) 回程度)			
	⑭ 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情の平板化 6 不安 7 恐怖 8 強迫行為 9 思考障害 10 心気症 11 中毒嗜癖 12 うつ状態 13 そう状態 14 その他 ()			
	⑮ 問題行動及び習癖	1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企図 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火・弄火 10 器物破壊 11 徘徊・浮浪 12 盗み 13 性的逸脱行動 14 排泄の問題 (尿失禁、便失禁、便秘、その他) 15 食事の問題 (拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 16 その他 ()			
⑯ 性格特徴					

(裏 面)

現 症	⑰ 日常生活能力の程度 (必ず記入してください)	1 食事 (・ひとりできる ・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(交通事故)から身を守る { ・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 }
	⑱ 要 注 意 度	上記の内容を具体的に記載して下さい。 1 常に嚴重な注意を必要とする 2 随時一応の注意を必要とする 3 ほとんど必要ない
⑲ 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状態の認定に無関係な欄は記入する必要はありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

記入上の注意

- 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ると認定が遅くなる場合がありますので、できるだけ詳しく記入してください。
- ・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。また、記入する欄()は具体的に詳しく記入してください。
なお、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。
- 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、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。
- ⑪から⑱までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
- 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑩の欄に記入してください。
- ⑱の欄は、⑪から⑱までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。
- 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」は記入する必要はありません。