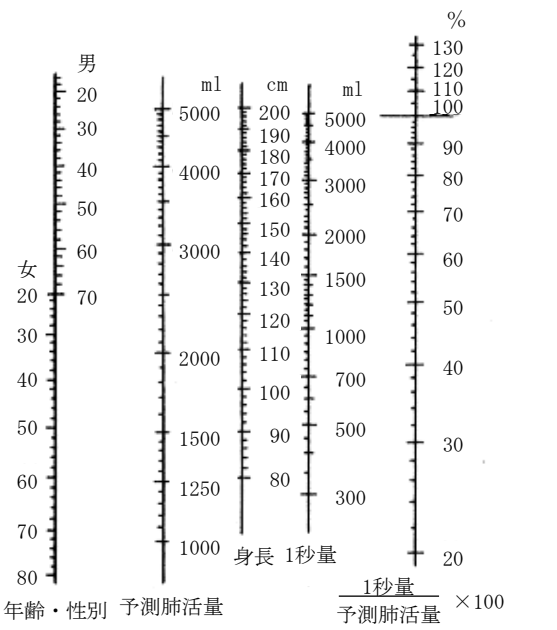
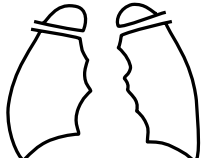


障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(結核及び換気機能障害用)

(ふりがな) ① 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 ④のためはじめ て医師の診 断を受けた日	平成 年 月 日	⑥ 傷 病 発 生 年 月 日	平成 年 月 日	
⑦ 障害が永続す ると判定され た日	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		⑭ 	
	⑩ 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 廊 変 形 なし・軽・中・高 カ. 心 縦 隔 の 変 形 なし・軽・中・高			
	 撮影 年 月 日			
	⑪ 活動能力の程度 ア. 階段を人並みの速さでのぼれないが、ゆっくりとならぼれる。 イ. 階段をゆっくりでものぼれないが、途中休み休みならぼれる。 ウ. 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。 エ. ゆっ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 (年 月 日) ア. 予 測 肺 活 量 ml イ. 1 秒 量 ml ウ. 予 測 肺 活 量 1秒率 $\% \left(= \frac{\text{イ}}{\text{ア}} \times 100 \right)$ (ア、ウについては⑭欄のノモグラムを使用して下さい)		⑮ 現在までの治療内容等		
⑯ その他の障害又は病状 臨床所見				
⑰ 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、くわ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○でかこんでください。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 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じ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し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 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○でかこんでください。
- 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BaIdwin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。