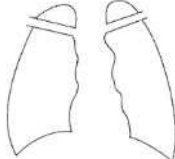


障害児福祉手当・福祉手当認定診断書（結核及び換気機能障害用）				
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	年 月 日
③ 住所			④ 障害の原因となった傷病名	主要疾病 合併症
⑤ ④のため初めて医師の診断を受けた日	年 月 日		⑥ 傷病発生日	年 月 日
⑦ 障害が永続すると判定された日	年 月 日 推定 確認		⑧ 将来再認定の要	有（ 年後）・無
現 症	⑨ 身体計測 身長 cm : 体重 kg		⑬ 安静を要する程度 1度 絶対安静 2度 ベッド上の安静 3度 必要時のみ室内歩行（30分以内） 4度 室内歩行はよい（1時間以内） 5度 一定時間内の屋外歩行はよい（1.5時間以内） 6度 健康な人の2分の1程度の運動はよい 7度 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。 8度 疲れのない程度の普通の生活	
	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. 胸郭変形 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 激しい運動をした時だけ息切れがある。 イ 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。 ウ 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。 エ 平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。 オ 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。		⑭ 現在までの治療内容等	
	⑫ 換気機能（ 年 月 日） ア. 肺活量実測値(VC) <u> </u> ml イ. 予測肺活量 <u> </u> ml ウ. 努力性肺活量(FVC) <u> </u> ml エ. 1秒量(FEV1.0) <u> </u> オ. 努力性肺活量1秒率(FEV1%) <u> </u> エ/ウ×100 カ. 予測肺活量1秒率 <u> </u> エ/イ×100		⑮ その他の障害又は病状 臨床所見	
⑯ 備考				
上記のとおり診断します。 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 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 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 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。
- 6 この診断書の外に胸部X線写真を添えてください。