

様式第4号

特別児童扶養手当認定診断書

(知的障害・精神の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日		年 月 日生(歳)	性別	男・女	
住所		住所地の郵便番号 ()	都道府県	郡市区			
① 障害の原因となつた傷病名		ICD-10コード()					
② 傷病発生 年 月	主な精神障害	年 月	③ 合併症	精神障害			
	合併精神障害	年 月		身体障害			
	合併身体障害	年 月	④ ①のため初めて医師の診断を受けた日	年 月 日	・診療録で確認 ・本人の申立て		
⑤ 現病歴(陳述者より聴取) ア 発病以来の病状と経過				陳述者の氏名 患者との続柄			
		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			
イ 最近の通院治療回数(他院を含む)	過去1年(診断書作成日の前日から過去1年間)A	回	過去2年(左記Aから過去1年間)		回		
ウ 最近の療育等の状況(他施設を含む)	過去1年(診断書作成日の前日から過去1年間)A	回	過去2年(左記Aから過去1年間)		回		
⑥ 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 全日制・定時制・通信制・その他) その他()				
障害の状態(年 月 日現症)							
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・頻度・処方薬等を具体的に記載してください。			
	⑦ 知能障害等 (有・無)	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、境界線、正常) 判定年月日 (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()					
	⑧ 発達障害関連症状 (有・無)	1 相互的な社会関係の質的障害 (軽度・乏しい・欠如) 2 言語コミュニケーションの障害 (軽度・乏しい・欠如) 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 (軽度・乏しい・欠如) 4 その他()					
	⑨ 意識障害・てんかん (有・無)	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) ・投薬の有無(有・無) ・投薬によるコントロール(良・不良)					
	⑩ 精神症状 (有・無)	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()					
⑪ 問題行動及び習癖 (有・無)	1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企図 6 自傷 7 他害 8 衝動性 9 破衣 10 不潔 11 放火・弄火 12 器物破壊 13 徘徊・浮浪 14 盗み 15 性的逸脱行動 16 排泄の問題 (尿失禁、便失禁、便秘、その他) 17 食事の問題 (拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 18 その他()						

現 症	⑫ 性格特徴		
	⑬ 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・一部介助・自立) 2 洗面 (全介助・半介助・一部介助・自立) 3 排泄 { おむつ必要・おむつ不要 } { 全介助・半介助・一部介助・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・一部介助・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。		
	⑭ 要注意度	1 常に嚴重な注意が必要 2 嚴重な注意が必要 3 随時一応の注意が必要 4 ほとんど必要ない	
	⑮ 精神医学的総合判定 (必ず記入してください) 知的・精神のみの判断としてください。	(重度、中度の場合はその理由 [必ず記入してください。]) <input type="checkbox"/> 重 度 <input type="checkbox"/> 中 度 <input type="checkbox"/> 軽 度	
	⑯ 備 考	1 発達障害「中度」以上とされ、就学先が「普通学級」の児童の場合の学校での様子等 2 その他	

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。

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

※※ 診断書提出時の状況欄(市区町村記入)				※ 北海道審査欄(北海道記入)				
請求者 ・ 受給者	証書番号	北特第 号		判定年月日 . . .			備考	
	氏 名			判定結果	1 級	2 級		非該当
支給対象児童	等級	特別児童扶養手当 級			有期限	無期 . . . 年後再判定		
	有効期限	年 月		判定内容等				
	手帳	有	身障手帳	級 年 月 日 交付	知・知精・精			
		無	障害名					
	交付	有	療育手帳	A・B 年 月 日 交付				
無		次回判定 年 月 予定						
状況	有	精神障害者保健福祉手帳 級						
	無	年 月 日 交付 (更新)						
	申請中	次回更新 年 月 予定						
		精神障害者通院医療費助成		受診中・なし				

記入上の注意

- 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 ④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 ⑦から⑩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。
- 5 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⑦の欄に記入してください。
なお、知能検査又は発達検査結果については、その実施年齢等により次の期間を有効とします。
ア 乳幼児の場合は、1年以内。
イ 小学生で受けた判定データは2年以内。
ウ 中学生以上で受けた判定データは3年以内。
- 6 高次脳機能障害による失語障害があるときは、「言語機能の障害用」の診断書が必要となります。
- 7 発達障害関連症状がある場合は、各項目番号に○を付すとともに、その程度（「軽度」、「乏しい」、「欠如」）にも○を付してください。
- 8 精神症状で中度以上の症状がある場合は、具体的な症状、頻度、日常生活への影響、エピソード等について記載願います。
- 9 問題行動及び習癖で中度以上の症状等がある場合は、具体的な症状、頻度、日常生活への影響、エピソード等について記載願います。
- 10 日常生活能力の程度欄の状態は、おおよそ次のとおりです。
ア 「全介助」＝知的・精神の障害の影響で、自身で動作ができず、ほぼ全ての動作に介助を要している。
イ 「半介助」＝知的・精神の障害の影響で、自身で動作ができず、動作のおおよそ2分の1程度に介助を要している。
ウ 「一部介助」＝知的・精神の障害の影響で動作の一部に介助を要している。（見守りや声かけなど）
エ 「自立」＝知的・精神の障害の影響はなく、一人で行える。
- 11 ⑭の欄は、⑦から⑬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。
- 12 ⑮の欄は、知的・精神の障害の状態がどの程度かを判断する一助として主治医の先生のご意見をお聞きしていますので、次の事項に留意の上記載願います。
ア 「重 度」＝次ページに示した認定基準の「1級(重度)」の基準に合致する場合
イ 「中 度」＝次ページに示した認定基準の「2級(中度)」の基準に合致する場合
ウ 「軽 度」＝上記以外のもの（認定基準とまではいえないもの）
- 13 ⑯の欄は、例えば、広汎性発達障害等で、精神医学的総合判断を「中度」以上とした場合であって、就学先が「普通学級」の場合、学校における児童の状態や学校の支援体制などを記載してください。
- 14 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」、「診療担当科目名」は記入する必要はありません。

