

(表 面)

| 障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(じん歴疾患用) | | | | |
|--|---|----------|---|-----------------------------|
| 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 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 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(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) 自己の身辺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)

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。