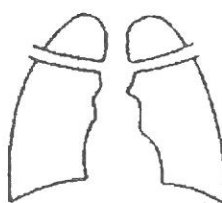


特別児童扶養手当認定診断書

(呼吸機能障害用)

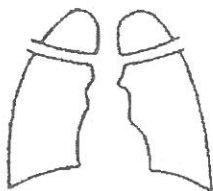
(ふりがな) 氏 名		昭和 平成 年 月 日生 (歳)		男・女	
住 所		住所地の郵便番号 (-)		都市 区 町 村	
① 障害の原因 となった 傷 病 名		② 傷病の発生年月日		昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て	
		③ ①のため初めて医 師の診断を受けた日		昭和 平成 年 月 日 診療録で確認 本人の申立て	
④ 傷病の原因又は 誘因		⑤ 既存 障害		⑥ 既往歴	
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療 の効果が期待できない状態を含む。) かどうか。		傷病が治っている場合 ……治った日 平成 年 月 日 (推定・確認)			
		傷病が治っていない場合 ……症状の良くなる見込 有 ・ 無 ・ 不明			
⑧ 診断書作成医療機関に おける初診時所見 初診年月日 (昭和・平成 年 月 日)					
⑨ 現在までの治療の内容、 期間、経過、その他参考と なる事項 (抗結核科学療法を行った場合は、 使用薬剤名及び使用期間を明記し てください。)		診療回数		年間 回、月平均 回	
		手術 歴		手術名 () 手術年月日 (年 月 日)	
障 害 の 状 態					
⑩ 共 通 項 目 (この欄は、必ず記入してください。) (3については、該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。)					
1 身体計測 (平成 年 月 日) 身長 cm : 体重 kg			3 一般状態区分表 (平成 年 月 日) (該当するものを選んでどれか一つを○で囲んでください。) (但し、乳幼児では、掲げた内容に相当すると考えられる状態とする) I 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 ふるまえるもの II 軽度の症状があり、強い運動は制限を受けるが、歩行、軽い運動 や座業はできるもの III 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 り、軽い運動はできないが、日中の50%以上は起居しているもの IV 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%以上は就床しており、自力では屋外への外出等がほぼ不 可能となったもの V 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 ており、活動の範囲がおおむねベッド周辺に限られるもの		
2 胸部X線所見 (A) (A図)  撮影年月日(平成 年 月 日)					
4 臨床所見 (1) 自覚症状 (2) 他覚所見 咳 (無 ・ 有 ・ 著) 肺性心所見 (無 ・ 有) 痰 (無 ・ 有 ・ 著) チアノーゼ (無 ・ 有) 胸痛 (無 ・ 有 ・ 著) ばち状指 (無 ・ 有) 呼吸困難 栄養状態 (良 ・ 中 ・ 不良) 安静時 (無 ・ 有 ・ 著) ラ 音 (有 ・ 一部 ・ 広範囲) 体動時 (無 ・ 有 ・ 著) 喘鳴 (無 ・ 有 ・ 著) (3) その他の所見			5 換気機能 (平成 年 月 日) (1) 肺活量実測値 (VC) _____ ml (2) 予測肺活量 _____ ml (3) 努力性肺活量 (FVC) _____ ml (4) 1 秒 量 (FEV1.0) _____ (5) 努力性肺活量1秒率 (FEV1%) _____ (4) / (3) × 100 (6) 予測肺活量1秒率 _____ (4) / (2) × 100		
			6 動脈血ガス分析(酸素吸入をしないで)及び 経皮酸素飽和度 (平成 年 月 日) (1) 動脈血 O ₂ 分圧 _____ Torr (2) 動脈血 CO ₂ 分圧 _____ Torr (3) 動脈血 pH _____ (4) 経皮酸素飽和度 _____ %		
			7 在宅酸素療法 (1) 無 ・ 有 (平成 年 月 日開始) 施行時期(_____ 時間 / 日 ・ 常時) 酸素吸入量 _____ l / 分 (2) 酸素療法中の動脈血ガス分析 ① 動脈血 O ₂ 分圧 _____ Torr ② 動脈血 CO ₂ 分圧 _____ Torr		
8 その他の所見					

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。)

⑪ 肺結核症（平成 年 月 日現症）

1 胸部X線所見(B)

初診時(昭和・平成 年 月 日)



前頁のA図のX線
所見の日本結核病
学会分類を記入し
してください。



日本結核病 学会分類	{	病	側	右	左	両		右	左	両				
		病巣の拡がり	1	2	3			1	2	3				
		病型	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V		

2 結核菌検査成績

(現在陰性のときはその旨と最終陽性時期を併記してください。)
検査材料(たん、喉頭粘液、気管支洗液、胃液、穿刺液)

塗 抹 培 養
平成 年 月 日 -+ (ガフキー 号) ; -+ (コロニー)
平成 年 月 日 -+ (ガフキー 号) ; -+ (コロニー)

3 その他の所見

(結核予防法による公費負担医療適用の有無 有 ・ 無)

4 安静を要する程度

- | | |
|---------------------|------------------------------------|
| 1度 絶対安静 | 5度 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内) |
| 2度 ベット上の安静 | 6度 健康な人の2分の1程度の運動はよい |
| 3度 必要時のみ室内歩行(30分以内) | 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。 |
| 4度 室内歩行はよい(1時間以内) | 8度 疲れない程度の普通の生活 |

⑫ 気管支喘息（平成 年 月 日現症）

1 時間の経過と病状

- (1) 喘息症状の間に無症状の期間がある。
(2) 持続する喘息症状のために無症状の期間がない。

2 ピークフロー値 (PEFR)

最近(1ヶ月程度の期間)の

最高値 L/分、最低値 L/分、平均 L/分

(但し慢性安定期であることを前提とし、発作時の成績は除く)

3 発作の強度

- (1) 大発作: 苦しくて動けなく、会話も困難
(2) 中発作: 苦しくて横になれなく、会話も苦しい
(3) 小発作: 苦しいが横になれる、会話はほぼ普通
(4) その他 ① 喘鳴のみ
② 急ぐと苦しい
③ 急いでも苦しくない

4 発作の頻度

- (1) 1週に 5日以上
(2) 1週に 3 ~ 4日
(3) 1週に 1 ~ 2日
(4) その他

5 入院歴

入院歴 有 ・ 無
(過去2年間に喘息のために入院した場合は、その期間を記入)

6 治療

(治療で使用している薬剤に○をつけ必要事項を記入してください。)

- (1) 経口ステロイド薬
発作時のみ
連 用 (投与量 /日)
(2) 吸入ステロイド薬
薬剤名(), (投与量 /日)
(3) その他の薬剤
長時間作用性 β_2 刺激剤薬
ロイコトリエン受容体拮抗薬
抗アレルギー薬
テオフィリン徐放製薬
その他()

⑬ その他の障害又は
症状の所見等

(平成 年 月 日現症)

⑭ 現症時の日常生活
活動能力

(必ず記入してください)

⑮ 予 後

(必ず記入してください)

⑯ 備 考

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。

病院又は診療所の名称
所 在 地

平成 年 月 日

診療担当科名
医 師 氏 名

印