

| 特別障害者手当認定診断書（ <span style="font-size: small;">肝臓</span> 血液 疾患及びその他の疾患用 ）  |                           |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|---|---------------------------|----------|---|-------------------------|-----|------|----|-----|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--------------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|----------|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|---------------------------|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|
| ① 氏名<br><small>（ふりがな）</small>   |                           | 男・女      | ② 生年月日  | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| ③ 住所  |                           |          | ④ 障害の原因となつた傷病名  |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| ⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日  | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日   |          | ⑥ 傷病発生年月日   | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日 |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| ⑦ 障害が永続すると判定された日  | 昭和<br>平成<br>令和<br>年 月 日   | 推定<br>確認 | ⑧ 将来再認定の要   | 有（ 年後）・無                |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 障 害 の 状 態   |                           |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| ⑨ 肝疾患（令和 年 月 日現症）   |                           |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 1 臨床所見<br>(1) 自覚症状<br>全身倦怠感（無・有・著）<br>発熱（無・有・著）<br>食欲不振（無・有・著）<br>悪心・嘔吐（無・有・著）<br>皮膚そう痒感（無・有・著）<br>有痛性筋痙攣（無・有・著）<br>吐血・下血（無・有・著）<br>(2) 他覚所見<br>肝萎縮（無・有・著）<br>脾腫大（無・有・著）<br>浮腫（無・有・著）<br>腹水（無・有・有（難治性））<br>黄疸（無・有・著）<br>腹整静脈怒張（無・有・著）<br>肝性脳症（無・有・（度））<br>出血傾向（無・有・著） |                           |          | (3) 検査成績<br><table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">検査日</th> <th style="width: 10%;">検査項目</th> <th style="width: 10%;">施設</th> <th style="width: 10%;">基準値</th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td>AST(GOT) IU/L</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>ALT(GPT) IU/L</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>γ-GPT IU/L</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>血清総ビリルビン mg/dL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>アルカリホスファターゼ IU/L</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>血清総蛋白 g/dL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>血清アルブミン g/dL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>BCG法・BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>・改良型BCP法</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>A/G比</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>血小板数 ×10<sup>4</sup>/uL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>プロトロンビン時間 %</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>総コレステロール mg/dL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>血中アンモニア ug/dL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>AFP ng/mL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td>PIVKA-II mAU/mL</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> |                         | 検査日 | 検査項目 | 施設 | 基準値 |  |  |  | AST(GOT) IU/L |  |  |  |  |  | ALT(GPT) IU/L |  |  |  |  |  | γ-GPT IU/L |  |  |  |  |  | 血清総ビリルビン mg/dL |  |  |  |  |  | アルカリホスファターゼ IU/L |  |  |  |  |  | 血清総蛋白 g/dL |  |  |  |  |  | 血清アルブミン g/dL |  |  |  |  |  | BCG法・BCP法 |  |  |  |  |  | ・改良型BCP法 |  |  |  |  |  | A/G比 |  |  |  |  |  | 血小板数 ×10 <sup>4</sup> /uL |  |  |  |  |  | プロトロンビン時間 % |  |  |  |  |  | 総コレステロール mg/dL |  |  |  |  |  | 血中アンモニア ug/dL |  |  |  |  |  | AFP ng/mL |  |  |  |  |  | PIVKA-II mAU/mL |  |  |  |  |
| 検査日   | 検査項目                      | 施設       | 基準値   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | AST(GOT) IU/L             |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | ALT(GPT) IU/L             |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | γ-GPT IU/L                |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | 血清総ビリルビン mg/dL            |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | アルカリホスファターゼ IU/L          |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | 血清総蛋白 g/dL                |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | 血清アルブミン g/dL              |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | BCG法・BCP法                 |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | ・改良型BCP法                  |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | A/G比                      |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | 血小板数 ×10 <sup>4</sup> /uL |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | プロトロンビン時間 %               |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | 総コレステロール mg/dL            |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | 血中アンモニア ug/dL             |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | AFP ng/mL                 |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
|   | PIVKA-II mAU/mL           |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 2 Child-Pughによるgrade<br>A（5・6） B（7・8・9） C（10・11・12以上）   |                           |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 3 肝生検 無・有 検査年月日（令和 年 月 日）<br>所見 グレード（ ） ステージ（ ）   |                           |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 4 食道・胃などの静脈瘤<br>(1) 無・有 検査年月日（令和 年 月 日）<br>(2) 吐血・下血の既往 無・有（ 回）<br>(3) 治療歴 無・有（ 回）  |                           |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 5 肝腫瘍治療歴 無・有<br>・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回<br>・放射線療法 回 ・化学療法 回  |                           |          | 8 その他の所見<br>(1) 肝移植 無・有（有の場合は移植年月日（令和 年 月 日））<br>経過   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 6 特発性細菌性腹膜炎その他肝硬変症に付随する病態の治療歴<br>所見   |                           |          | (2) その他（超音波・CT・MRI検査等）（令和 年 月 日）  |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |
| 7 治療内容<br>(1) 利尿剤（無・有） (4) アルブミン・血漿製剤（無・有）<br>(2) 特殊アミノ酸製剤（無・有） (5) 血小板輸血（無・有）<br>(3) 抗ウイルス療法（無・有） (6) その他<br>具体的内容   |                           |          |   |                         |     |      |    |     |  |  |  |               |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |                  |  |  |  |  |  |            |  |  |  |  |  |              |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |          |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |                           |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |                |  |  |  |  |  |               |  |  |  |  |  |           |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| ⑩ 血液疾患（令和 年 月 日現症）   |  |   |   |
| 1 臨床所見   | (1) 自覚症状<br>立ちくらみ（無・有・著）<br>易疲労感（無・有・著）<br>動悸（無・有・著）<br>息切れ（無・有・著）<br>発熱（無・有・著）<br>紫斑（無・有・著）<br>月経過多（無・有・著）<br>関節症（無・有・著）<br>(2) 他覚所見<br>易感染性（無・有・著）<br>リンパ節腫脹（無・有・著）<br>出血傾向（無・有・著）<br>肝腫（無・有・著）<br>脾腫（無・有・著） | (3) 検査成績<br>末梢血液検査<br>ア（令和 年 月 日）<br>※アの欄は、最も適切に現在の病状が把握できる検査数値及びその日付を記入してください。<br>ヘモグロビン濃度（ g/dL）<br>網赤血球（ 万/ $\mu$ L）<br>血小板（ 万/ $\mu$ L）<br>白血球（ / $\mu$ L）<br>好中球（ / $\mu$ L）<br>リンパ球（ / $\mu$ L）<br>病的細胞（ %） | イ その他の検査<br>画像検査（検査名）（令和 年 月 日）<br>所見（ ）<br>他の検査（検査名）（令和 年 月 日）<br>所見 |
| 2. 治療状況  |  | 3. その他の所見   |   |
| 赤血球輸血（年・月 回）   |  | 血小板輸血（年・月 回）  |   |
| 補充療法（年・月 回）  |  | 新鮮凍結血漿（年・月 回）   |   |
| ⑪ その他の疾患（令和 年 月 日現症）   |  |   |   |
| 1. 症状  |  | 2. 臨床検査   |   |
| ⑫ 安静を要する程度   |  |   |   |
| 1. 絶対安静  |  | 5. 一定時間内の屋外歩行はよい（1.5時間以内）   |   |
| 2. ベッド上の安静   |  | 6. 健康な人の2分の1程度の労働はよい  |   |
| 3. 必要時のみ室内歩行（30分以内）  |  | 7. 軽労働はよいが重労働は禁ずる。ただし休憩時間を多くとる  |   |
| 4. 室内歩行はよい（1時間以内）  |  | 8. 疲れない程度の普通の生活   |   |
| ⑬ 活動能力の程度  |  |   |   |
| 1. 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                       |  |   |   |
| 2. 軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行・軽労働や坐業はできる。例えば、軽い家事・事務など         |  |   |   |
| 3. 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る。軽労働はできないが、日中の50%以上は起居している |  |   |   |
| 4. 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%以上は就床している              |  |   |   |
| 5. 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いる                         |  |   |   |
| ⑭<br>備考  | 上記のとおり診断します。<br>令和 年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所在地<br>診療担当科名<br>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障害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。

(裏面)

注意

- 1 この診断書は、特別障害者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場合がありますので、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 肝機能の検査成績は、過去3か月間における2回の検査成績(1ヶ月以上の間隔をおくこと。)をそれぞれ記入してください。
- 5 ⑨の欄の「1 臨床所見」の検査成績の「血清アルブミン」については、BCG法、BCP法又は改良型BCP法のいずれかに○を付してください。
- 6 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。
- 7 ⑨の欄の「7 治療の内容」は、⑨の欄冒頭の現症日時点の内容を記入してください。また、「具体的内容」については、(1)～(6)の治療が有る場合は、必要に応じて薬品名や(6)の内容等を記入してください。
- 8 ⑩の「その他の疾患」の欄には、視覚障害、聴覚障害、肢体障害、結核及び換気機能障害、心臓疾患、肝臓疾患、血液疾患及び精神障害以外の疾患について記入してください。
- 9 問診による身体状態と他覚的検査結果とが一致しないような場合には、備考欄にその旨を記入してください。