

障発1221第2号
平成29年12月21日

各都道府県知事 殿

厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部長
(公 印 省 略)

「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」の
一部改正について

障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度の認定については、「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」（昭和60年12月28日社更第162号厚生省社会局長通知。以下「本通知」という。）により実施されているところであるが、今般、血液器疾患等について近年の医学的知見等を踏まえ、別紙のとおり本通知の一部を改正し、平成30年4月1日から適用することとしたので、通知する。

については、貴管内の市町村及び関係機関に対して周知をお願いする。

なお、平成30年4月1日以降においては、本通知により改正された障害児福祉手当認定診断書及び特別障害者手当認定診断書に基づき障害程度の認定を行う必要があるため、その取扱いに遺漏なきようお願いする。

「障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について」新旧対照表（案）

（傍線部分は改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について</p> <p style="text-align: center;">〔昭和60年12月28日 社更第162号〕 各都道府県知事宛 厚生省社会局長通知</p> <p>第1次改正 平成11年障発第216号 第2次改正 平成13年7月31日雇児発第502号 障発第325号 第3次改正 平成23年1月11日障発0111第1号 第4次改正 平成23年8月9日障発0809第3号 第5次改正 平成25年5月10日障発0510第3号 第6次改正 平成26年5月20日障発0520第3号 第7次改正 平成27年6月19日障発0619第3号 第8次改正 平成28年4月14日障発0414第2号 <u>第9次改正 平成29年12月21日障発1221第2号</u></p> <p>先般、国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年5月1日法律第34号）により、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の一部が改正され、福祉手当制度が再編されるとともに、新たに特別障害者手当制度が創設され、昭和61年4月1日から実施されることに伴い、標記の手当の支給対象となる障害の程度に関する認定の基準を別紙のとおり定めたので、その運用について遺憾のないよう取り計らわれない。</p> <p>なお、これに伴い、昭和50年8月13日社更第114号本職通知「福祉手当の障害認定基準について」は、昭和61年3月31日で廃止する。</p>	<p>障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準について</p> <p style="text-align: center;">〔昭和60年12月28日 社更第162号〕 各都道府県知事宛 厚生省社会局長通知</p> <p>第1次改正 平成11年障発第216号 第2次改正 平成13年7月31日雇児発第502号 障発第325号 第3次改正 平成23年1月11日障発0111第1号 第4次改正 平成23年8月9日障発0809第3号 第5次改正 平成25年5月10日障発0510第3号 第6次改正 平成26年5月20日障発0520第3号 第7次改正 平成27年6月19日障発0619第3号 第8次改正 平成28年4月14日障発0414第2号</p> <p>先般、国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年5月1日法律第34号）により、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の一部が改正され、福祉手当制度が再編されるとともに、新たに特別障害者手当制度が創設され、昭和61年4月1日から実施されることに伴い、標記の手当の支給対象となる障害の程度に関する認定の基準を別紙のとおり定めたので、その運用について遺憾のないよう取り計らわれない。</p> <p>なお、これに伴い、昭和50年8月13日社更第114号本職通知「福祉手当の障害認定基準について」は、昭和61年3月31日で廃止する。</p>

別紙

障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準

第一（略）

第二 障害児福祉手当の個別基準

4 内部障害

(5) 血液疾患

ア 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

イ 令別表第1第8号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表3系列のうち2系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

区分	系列	検査項目	単位	高度異常
末梢血液像	赤血球系	ヘモグロビン濃度	g/dL	<u>7</u> 未満
		網赤血球	/μL	<u>20,000</u> 未満
	白血球系	白血球数	/μL	<u>1,000</u> 未満
		好中球数	/μL	<u>500</u> 未満
	血小板系	血小板数	/μL	<u>20,000</u> 未満

ウ 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

第三 特別障害者手当の個別基準

1 令第1条第2項第1号に該当する障害

(1)～(5) (略)

(6) 内部障害

ア～エ (略)

オ 血液疾患

(ア) 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行う

別紙

障害児福祉手当及び特別障害者手当の障害程度認定基準

第一（略）

第二 障害児福祉手当の個別基準

4 内部障害

(5) 血液疾患

ア 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行うものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第1第8号に該当するものとする。

イ 令別表第1第8号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表4系列のうち3系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

区分	系列	検査項目	単位	高度異常	
末梢血液像	赤血球系	血色素量	g/dL	<u>6</u> 未満	
			(ザ-リー値) %	<u>(40)</u> 未満	
		赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	<u>200</u> 未満	
		網赤血球	%	<u>0.2</u> 未満	
	白血球系	白血球数	$/ \text{mm}^3$	<u>1500</u> 未満	
		顆粒球数	$/ \text{mm}^3$	<u>500</u> 未満	
		病的細胞	%	<u>20</u> 以上	
	血小板系	血小板数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	<u>1</u> 未満	
	骨髓像	骨髓系	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	<u>1</u> 未満
			巨核球数	$/ \text{mm}^3$	<u>15</u> 未満
リンパ球			%	<u>60</u> 以上	
赤芽球(E)/(M)			-	<u>0.1</u> 未満	
顆粒球(E)/(M)			-	<u>0.1</u> 未満	
病的細胞			%	<u>40</u> 以上	

ウ 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、診断書作成日前3か月間において最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

第三 特別障害者手当の個別基準

1 令第1条第2項第1号に該当する障害

(1)～(5) (略)

(6) 内部障害

ア～エ (略)

オ 血液疾患

(ア) 血液疾患による病状の程度についての判定は、おおむね3か月以上の療養を必要とする者につき、一般状態特に治療及び病状の経過に重点をおき、立ちくらみ、動悸、息切れ等の臨床症状、血液学的検査成績等により行う

ものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第2第6号に該当するものとする。

(イ) 令別表第2第6号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表3系列のうち1系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

区分	系列	検査項目	単位	高度異常
末梢血液像	赤血球系	ヘモグロビン濃度	g/dL	7未満
		網赤血球	/μL	20,000未満
	白血球系	白血球数	/μL	1,000未満
		好中球数	/μL	500未満
血小板系	血小板数	/μL	20,000未満	

(ウ) 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

(7)～(8) (略)

2 令第1条第2項第2号に該当する障害

(1) (略)

コ 第10号について

(ア) 内部障害

㊦～㊨

㊩ 血液疾患

血液疾患については、貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表の3系列のうち1系列以上の検査成績が異常を示すもの。

ものとし、自己の身の日常生活活動が極度に制限される状態にあるものについては、令別表第2第6号に該当するものとする。

(イ) 令別表第2第6号に該当すると思われる病状には、次のようなものがある。

貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表4系列のうち3系列以上の検査成績が高度異常を示すもの。

血液異常度指表

区分	系列	検査項目	単位	高度異常
末梢血液像	赤血球系	血色素量	g/dL	6未満
			(ザ-リー値)%	(40未満)
		赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	200未満
	白血球系	網赤血球	%	0.2未満
		白血球数	$/ \text{mm}^3$	1500未満
		顆粒球数	$/ \text{mm}^3$	500未満
	血小板系	病的細胞	%	20以上
血小板数		$\times 10^4 / \text{mm}^3$	1未満	
骨髓像	骨髓系	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	1未満
		巨核球数	$/ \text{mm}^3$	15未満
		リンパ球	%	60以上
		赤芽球(E)/(M)	—	0.1未満
		顆粒球(E)/(M)	—	0.1未満
	病的細胞	%	40以上	

(ウ) 血液検査成績は、その性質上変動しやすいものと思われるので、血液疾患による病状の程度の判定に当たっては、診断書作成日前3か月間において最も適切に病状をあらわしていると思われる検査成績に基づいて行うものとする。

(7)～(8) (略)

2 令第1条第2項第2号に該当する障害

(1) (略)

コ 第10号について

(ア) 内部障害

㊦～㊨

㊩ 血液疾患

血液疾患については、貧血、感染、発熱、各種臓器組織での出血性病変等の病状が継続するものであって、かつ、次表に掲げる血液異常度指表の4系列のうち3系列以上の検査成績が、異常を示すもの。

血液異常度指表

区分	系列	検査項目	単位	異常
末梢血液像	赤血球系	ヘモグロビン濃度	g/dL	9未満
		網赤血球	/μL	60,000未満
	白血球系	白血球数	/μL	2,000未満
		好中球数	/μL	1,000未満
	血小板系	血小板数	/μL	50,000未満

(イ) その他の疾患 (略)

サ 第11号について (略)

(2) (略)

3 令第1条第2項第3号に該当する障害 (略)

第四 福祉手当の障害程度認定基準 (略)

血液異常度指表

区分	系列	検査項目	単位	異常	
末梢血液像	赤血球系	血色素量	g/dL	8未満	
			(ザ-リー値) %	(37.5未満)	
		赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	300未満	
		網赤血球	%	0.9未満	
	白血球系	白血球数	/mm ³	3000未満	
		顆粒球数	/mm ³	1000未満	
		病的細胞	%	出現しているもの	
	血小板系	血小板数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	10未満	
	骨髄像	骨髄系	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$	5未満
			巨核球数	/mm ³	30未満
リンパ球			%	40以上	
赤芽球(E)/(M)			—	0.3未満	
顆粒球(E)/(M)			—	0.3未満	
病的細胞			%	出現しているもの	

(イ) その他の疾患 (略)

サ 第11号について (略)

(2) (略)

3 令第1条第2項第3号に該当する障害 (略)

第四 福祉手当の障害程度認定基準 (略)

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書 様式第7号 新旧対照表(案)

新					旧																																																																																																								
様式第7号 障害児福祉手当・福祉手当認定診断書 (肝臓疾患及びその他の疾患用)					様式第7号 障害児福祉手当・福祉手当認定診断書 (肝臓疾患及びその他の疾患用)																																																																																																								
① (ふりがな)氏名		男・女	② 生年月日		昭和 平成	年	月	日	① (ふりがな)氏名		男・女	② 生年月日		昭和 平成	年	月	日																																																																																												
③ 住 所		④ 障害の原因となつた傷病名		⑤ 傷病発生 年月日		昭和 平成	年	月	日	③ 住 所		④ 疾病の原因となつた傷病名		⑤ 傷病発生 年月日		昭和 平成	年	月	日																																																																																										
④ のためはじめて医師の診断を受けた日		昭和 平成	年	月	日	⑥ 障害が永続すると判定された日		昭和 平成	年	月	日	④ のためはじめて医師の診断を受けた日		昭和 平成	年	月	日	⑥ 障害が永続すると判定された日		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	⑧ 再認定の要		有 ()	年(後)	・ 無	⑦ 障害が永続すると判定された日		昭和 平成	年	月	日	推定	⑧ 再認定の要		有 ()	年(後)	・ 無																																																																																						
障害の状態																																																																																																													
⑨ 肝疾患(平成 年 月 日現症)																																																																																																													
1 臨床所見 (1) 自覚症状 (無・有・著) 全身倦怠感(無・有・著) 発熱(無・有・著) 食欲不振(無・有・著) 悪心・嘔吐(無・有・著) 皮膚そう痒感(無・有・著) 有痛性筋痙攣(無・有・著) 吐血・下血(無・有・著) (2) 他覚所見 肝萎縮(無・有・著) 脾腫大(無・有・著) 浮腫(無・有・著) 腹水(無・有・著) 有(難治性) 黄疸(無・有・著) 腹壁静脈怒張(無・有・著) 肝性脳症(無・有・度) 出血傾向(無・有・著)										(3) 検査成績 <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">検査項目</th> <th rowspan="2">検査日</th> <th rowspan="2">施設</th> <th colspan="2">検査結果</th> </tr> <tr> <th>基準値</th> <th>結果</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AST(GOT)</td> <td>IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ALT(GPT)</td> <td>IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>γ-GPT</td> <td>IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総ビリルビン</td> <td>mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>アルカホスファターゼ</td> <td>IU/L</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清総蛋白</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血清アルブミン</td> <td>g/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BCG法・BCP法</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>・改良型BCP法</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A/G比</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血小板数</td> <td>×10⁴/uL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>プロトロンビン時間</td> <td>%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>総コレステロール</td> <td>mg/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>血中アンモニア</td> <td>ug/dL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AFP</td> <td>ng/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PIVKA-II</td> <td>mAU/mL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>													検査項目	検査日	施設	検査結果		基準値	結果	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 ⁴ /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			
検査項目	検査日	施設	検査結果																																																																																																										
			基準値	結果																																																																																																									
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 ⁴ /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 A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)										2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)																																																																																																			
3 胆道閉鎖症の治療歴 (1) 手術所見(日時:平成 年 月 日) (2) 治療経過										3 胆道閉鎖症の治療歴 (1) 手術所見(日時:平成 年 月 日) (2) 治療経過																																																																																																			
4 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見 グレード() ステージ()										4 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見 グレード() ステージ()																																																																																																			
5 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無・有(回) (3) 治療歴 無・有(回)										5 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無・有(回) (3) 治療歴 無・有(回)																																																																																																			
6 肝腫瘍治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回										6 肝腫瘍治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回																																																																																																			
7 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 所見										7 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 所見																																																																																																			
8 治療内容 (1) 利尿剤 (無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有) (2) 特殊アミノ酸製剤 (無・有) (5) 血小板輸血(無・有) (3) 抗ウイルス療法 (無・有) (6) その他 具体的内容										8 治療内容 (1) 利尿剤 (無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有) (2) 特殊アミノ酸製剤 (無・有) (5) 血小板輸血(無・有) (3) 抗ウイルス療法 (無・有) (6) その他 具体的内容																																																																																																			
9 その他の所見 (1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日 平成 年 月 日) 経過 (2) その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成 年 月 日)										9 その他の所見 (1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日 平成 年 月 日) 経過 (2) その他(超音波・CT・MRI検査等) (平成 年 月 日)																																																																																																			

新

⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)

1 臨床所見

(1) 自覚症状 (無・有・著) 立ちくらしみ (無・有・著)
 易疲労感 (無・有・著) 動悸 (無・有・著)
 息切れ (無・有・著) 発熱 (無・有・著)
 紫斑 (無・有・著) 月経過多 (無・有・著)
 関節症状 (無・有・著)

(2) 他覚所見 易感染性 (無・有・著)
 リンパ節腫脹 (無・有・著)
 出血傾向 (無・有・著)
 血栓傾向 (無・有・著)
 肝臓 (無・有・著)
 脾臓 (無・有・著)

(3) 検査成績 ア末梢血液検査(平成 年 月 日) イその他の検査
※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。
 ヘモグロビン濃度 () g/dL
 網赤血球 () %
 血小板 () /μL
 白血球 () /μL
 好中球 () /μL
 リンパ球 () /μL
 病的細胞 () %

他の検査(検査名) (平成 年 月 日) 所見

2. 治療状況 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)

3. その他の所見

⑪ その他の疾患(平成 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 2. ベッド上の安静 3. 必要時のみ室内歩行(30分以内) 4. 室内歩行はよい(1時間以内)

5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)
 6. 健康な人の2分の1程度の運動はよい
 7. 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. 疲れない程度の普通の生活

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。

旧

⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)

1. 臨床所見

立ちくらしみ (有・無)
 動悸 (有・無)
 息切れ (有・無)
 出血傾向 (有・無)
 発熱 (有・無)
 感染 (有・無)
 輸血の回数及び量 昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日
 平成 年 月 日
 回計 cc

その他の臨床所見

2. 血液検査成績(平成 年 月 日)

	検査項目	検査成績
末梢血液	血色素量	g/dl %
	赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$
	網赤血球	%
血液	白血球数	$/ \text{mm}^3$
	顆粒球数	$/ \text{mm}^3$
	病的細胞	%
骨髄	血小板数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$
	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$
	巨核球数	$/ \text{mm}^3$
	リンパ球	%
	E / M	
	病的細胞	%

⑪ その他の疾患(平成 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 2. ベッド上の安静 3. 必要時のみ室内歩行(30分以内) 4. 室内歩行はよい(1時間以内)

5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)
 6. 健康な人の2分の1程度の運動はよい
 7. 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. 疲れない程度の普通の生活

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。

新 (裏面)	旧 (裏面)
<p>注意</p> <p>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おそくなる場合がありますので、詳しく記入してください。</p> <p>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。</p> <p>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、それが不明の場合には、その旨を記入してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</p> <p>7 ⑨の欄の「8 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>注意</p> <p>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おそくなる場合がありますので、詳しく記入してください。</p> <p>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。</p> <p>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、それが不明の場合には、その旨を記入してください。</p> <p>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。</p> <p>5 <u>血液の検査成績は、過去3か月間において、症状を最もよく表している成績を記入してください。</u></p> <p>6 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。</p> <p>7 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</p> <p>8 ⑨の欄の「8 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。</p> <p>9 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。</p> <p>10 <u>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。</u></p>

障害児福祉手当認定診断書 様式第2号 新旧対照表 (案)

新				旧															
様式第2号 (表 面)				様式第2号 (表 面)															
障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(聴覚障害用)																			
① (ふりがな)氏名		男・女	② 生年月日	平成	年	月	日												
③ 住 所				④ 障害の原因となった傷病名															
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性 (疾病・不慮災・労災・その他)			⑥ 傷病発生年月日	平成	年	月 日												
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	平成	年	月 日	⑧ 将来再認定の要	有(年後) ・ 無														
現 症	⑨ 聴力検査成績 (1) 純音聴力レベル <table border="1" style="display: inline-table; margin-right: 20px;"> <tr><th></th><th>500</th><th>1000</th><th>2000</th></tr> <tr><td>右</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>左</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> (dB値で記入)					500	1000	2000	右				左				(2) 最良語音明瞭度 右 _____ % 左 _____ %		
		500	1000	2000															
右																			
左																			
⑩ 重度難聴用の補聴器の使用効果 全く音声を識別できない程度に……				1 該当する 2 該当しない															
⑪ 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 印																			
◎ 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ください。																			

新

(裏面)

注意

- 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場合がありますので、詳しく記入してください。
- ×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。
- ⑦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。
- 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。
- ⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、オーディオメータにより聴力レベルを測定できない乳幼児の場合、ABR検査又はASSR検査(聴性定常反応検査)と、COR検査(条件聴索反応検査)を組み合わせて実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
- 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。
なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合のみ測定してください。
- 口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

旧

(裏面)

注意

- 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場合がありますので、詳しく記入してください。
- ×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。
- ⑦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。
- 現症欄のデシベル値は、和声域すなわち周波数500、1,000、2,000、における純音の各々のデシベル値とする。
- ⑨の欄の「所見」は、聴覚の障害により特別児童扶養手当を受給しておらず、かつ、身体障害者手帳を取得していない障害児に対し、令別表第1に該当する診断を行う場合は、オーディオメータによる検査に加えて、聴性脳幹反応検査(ABR)等の他覚的聴力検査又はそれに相当する検査を実施し、その結果(検査方法及び検査所見)を記入してください。
また、この診断書のほかに、その記録データのコピー等を必ず添えてください。
- 最良語音明瞭度の検査は、日本聴覚医学会で定めた方法によってください。
なお、この検査は、語音明瞭度障害が問題となり、特に障害者本人又はその父母等から依頼された場合のみ測定してください。
- 口頭による諸検査結果と他覚所見が一致しないような場合は、備考欄になるべく詳しく診断結果を付加記入してください。

特別障害者手当認定診断書 様式第15号 新旧対照表(案)

新					旧								
様式第15号					様式第15号								
特別障害者手当認定診断書 (肝臓血液疾患及びその他の疾患用)					特別障害者手当認定診断書 (肝臓血液疾患及びその他の疾患用)								
① (ふりがな)氏名		男・女	② 生年月日	昭和 平成	年	月	日	昭和 平成	年	月	日		
③ 住所			④ 障害の原因となった傷病名										
⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	昭和 平成	年	月	日	⑥ 傷病発生年月日	昭和 平成	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) ・ 無					
障害者の状態					障害者の状態								
⑨ 肝疾患 (平成 年 月 日現症)					⑩ 肝疾患 (平成 年 月 日現症)								
1 臨床所見			(3) 検査成績					(3) 検査成績					
(1) 自覚症状 全身倦怠感(無・有・著) 発熱(無・有・著) 食欲不振(無・有・著) 悪心・嘔吐(無・有・著) 皮膚掻痒感(無・有・著) 有痛性筋痙攣(無・有・著) 吐血・下血(無・有・著)			(2) 他覚所見 肝萎縮(無・有・著) 脾腫大(無・有・著) 浮腫(無・有・著) 腹水(無・有・著) 有(難治性) 黄疸(無・有・著) 腹壁静脈怒張(無・有・著) 肝性脳症(無・有・度) 出血傾向(無・有・著)		検査日		施設		検査項目		基準値		
2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)			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		
3 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見 グレード() ステージ()			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		血清総蛋白 g/dL		
4 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無・有 (回) (3) 治療歴 無・有 (回)			AFP ng/mL		PIVKA-II mAU/mL		A/G比		血清アルブミン g/dL		血清総蛋白 g/dL		
5 肝腫瘍治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回			8 その他の所見		血清アルブミン g/dL		BCG法・BCP法 ・改良型BCP法		A/G比		血清総蛋白 g/dL		
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 所見			(1) 肝移植 無・有 (有の場合は移植年月日(平成 年 月 日)) 経過		血清アルブミン g/dL		BCG法・BCP法 ・改良型BCP法		A/G比		血清総蛋白 g/dL		
7 治療内容 (1) 利尿剤(無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有) (2) 特殊アミノ酸製剤(無・有) (5) 血小板輸血(無・有) (3) 抗ウイルス療法(無・有) (6) その他 具体的内容			(2) その他(超音波・CT・MRI検査等)(平成 年 月 日)		血清アルブミン g/dL		BCG法・BCP法 ・改良型BCP法		A/G比		血清総蛋白 g/dL		
					2 Child-Pughによるgrade A(5・6) B(7・8・9) C(10・11・12以上)								
					3 肝生検 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) 所見 グレード() ステージ()								
					4 食道・胃などの静脈瘤 (1) 無・有 検査年月日(平成 年 月 日) (2) 吐血・下血の既往 無・有 (回) (3) 治療歴 無・有 (回)								
					5 肝腫瘍治療歴 無・有 ・手術 回 ・局所療法 回 ・動脈塞栓術 回 ・放射線療法 回 ・化学療法 回								
					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 所見								
					7 治療内容 (1) 利尿剤(無・有) (4) アルブミン・血漿製剤(無・有) (2) 特殊アミノ酸製剤(無・有) (5) 血小板輸血(無・有) (3) 抗ウイルス療法(無・有) (6) その他 具体的内容								

新

⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)

1 臨床所見

(1) 自覚症状 (無・有・著)

立ちくらみ (無・有・著)

疲労感 (無・有・著)

動悸 (無・有・著)

息切れ (無・有・著)

発熱 (無・有・著)

紫斑 (無・有・著)

月経過多 (無・有・著)

関節症状 (無・有・著)

(2) 他覚所見

鼻感染性 (無・有・著)

リンパ節腫脹 (無・有・著)

出血傾向 (無・有・著)

血栓傾向 (無・有・著)

肝臓 (無・有・著)

脾臓 (無・有・著)

(3) 検査成績

ア 末梢血液検査(平成 年 月 日)

※アの欄は、最も適切に現在の病状を把握できる検査数値及びその日付を記入して下さい。

ヘモグロビン濃度 () g/dL

網赤血球 () 万/μL

血小 板 () 万/μL

白 血 球 () /μL

好 中 球 () /μL

リンパ球 () /μL

病的細胞 () %

イ その他の検査

画像検査(検査名) (平成 年 月 日)

所見()

他の検査(検査名) (平成 年 月 日)

所見

2. 治療状況

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)

3. その他の所見

⑪ その他の疾患(平成 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

2. ベッド上の安静

3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)

4. 室内歩行はよい(1時間以内)

5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)

6. 健康な人の2分の1程度の労働はよい

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

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、肉体的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 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。

旧

⑩ 血液疾患(平成 年 月 日現症)

1. 臨床所見

立ちくらみ (有・無)

動悸 (有・無)

息切れ (有・無)

出血傾向 (有・無)

発熱 (有・無)

感染 (有・無)

輸血の回数及び量 昭和 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

回計 cc

その他の臨床所見

2. 血液検査成績(平成 年 月 日)

	検査項目	検査成績
末梢	血色素量	g/dl %
	赤血球数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$
血液	網赤血球	%
	白血球数	$/ \text{mm}^3$
骨髄	顆粒球数	$/ \text{mm}^3$
	病的細胞	%
骨髄	有核細胞数	$\times 10^4 / \text{mm}^3$
	巨核球数	$/ \text{mm}^3$
	リンパ球	%
	E/M	
	病的細胞	%

⑪ その他の疾患(平成 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

2. ベッド上の安静

3. 必要時のみ室内歩行(30分以内)

4. 室内歩行はよい(1時間以内)

5. 一定時間内の屋外歩行はよい(1.5時間以内)

6. 健康な人の2分の1程度の労働はよい

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

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、肉体的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 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。

新 (裏面)	旧 (裏面)
<p>注意</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>6 ⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>注意</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5 <u>血液の検査成績は、過去3か月間において、症状を最もよく表している成績を記入してください。</u></p> <p>6 <u>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。</u></p> <p>7 <u>⑨の欄の「2 Child-Pughによるgrade」の点数に○を付してください。</u></p> <p>8 <u>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。</u></p> <p>9 <u>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。</u></p> <p>10 <u>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。</u></p>