

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)		生年月日		平成	年	月	日生(歳)	性別	男・女
氏名		住所(郵便番号)		都道府県		市区			
① 障害の原因となった傷病名		ICD-10コード( )							
② 傷病発生年月		主な精神障害 合併精神障害 合併身体障害		平成		年		月	
		③ 合併症		精神障害 身体障害		平成		年	
		④ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成		年		月	
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		患者との総称					
		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) (転院)	
		(ア)		年		月		年	
		(イ)		年		月		年	
		(ウ)		年		月		年	
		(エ)		年		月		年	
投薬状況		有(品名)		無					
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) その他					
障害の状態(平成・令和 年 月 日 現症)									
現在の病状又は状態像									
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(平成 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 ・投薬によるコントロール(良好・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( )					

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。  
◎字は楷書でしっかりと書いてください。  
◎具体的な状態について記入しきれない場合は、裏面の記載欄又は別紙に記入してください。

現	① 問題行動及び習癖(有・無)	1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企画 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、便秘、便こね、その他) 17 食事の問題(拒食、暴食、大食、小食、偏食、その他) 18 その他( )	
	② 性格特徴	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) 4 衣服(脱げない・着れない・ボタン不能・自立)	
症	③ 日常生活能力の程度(必ず記入してください)	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)	
	④ 要留意度	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	
⑤ 精神医学的総合判定(必ず記入してください)		(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	
⑥ 備考		1 精神医学的総合判定「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。

令和 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(札幌市各区区記入)		※ 札幌市審査欄(縦が福祉課記入)			
請求者	証書番号	札幌第	号	判定年月日	備考
受給者	氏名			1 級	2 級
等級	特別児童扶養手当	級		非該当	保留
有効期限	平成・令和	年	月		
支給対象児童	有	身障手帳	級、平成	年	月
	無	障害名	令和	年	月
申請中	有	療育手帳	A・B	平成	年
交付	無	次回判定	平成	年	月
状況	有	精神障害者保健福祉手帳	級		
	無	次回更新	平成	年	月
精神障害者通院医療費助成		受診中・なし			

