様式第5号

障害児福祉手当・福祉手当認定診断書（結核及び換気機能障害用）

①	（ふりがな） 氏名		男・女	② 生年月日	平成 令和　　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	平成 令和　　年　　月　　日		⑥ 傷病発生年月日	平成 令和　　年　　月　　日
⑦	障害が永続すると判定された日	平成 令和　　年　　月　　日	推定 確認	⑧ 将来再認定の要	有　（　　年後）・　無

現症

⑨ 身体計測

身長　　cm　：　体重　　kg

⑩ 胸部X線所見

ア．胸膜癒着　　なし ・ 軽 ・ 中 ・ 高

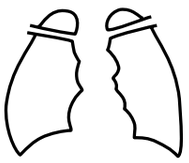
イ．気腫化　　なし ・ 軽 ・ 中 ・ 高

ウ．線維化　　なし ・ 軽 ・ 中 ・ 高

エ．不透明肺　　なし ・ 軽 ・ 中 ・ 高

オ．胸廓変形　　なし ・ 軽 ・ 中 ・ 高

カ．心縦隔の変形　　なし ・ 軽 ・ 中 ・ 高



撮影

年　　月　　日

⑪ 活動能力の程度

ア．激しい運動をした時だけ息切れがある。

イ．平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある。

ウ．息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある。

エ．平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる。

オ．息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある。

⑫ 換気機能（令和　　年　　月　　日）

ア．肺活量実測値（VC）	ml	
イ．予測肺活量	ml	
ウ．努力性肺活量（FVC）	ml	
エ．1秒量（FEV1.0）		
オ．努力性肺活量1秒率（FEV1％）		エ/ウ×100
カ．予測肺活量1秒率		エ/イ×100

⑬ 安静を要する程度

1度　絶対安静

2度　ベット上の安静

3度　必要時のみ室内歩行（30分以内）

4度　室内歩行はよい（1時間以内）

5度　一定時間内の屋外歩行はよい（1.5時間以内）

6度　健康な人の2分の1程度の運動はよい

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。

8度　疲れない程度の普通の生活

⑭ 現在までの治療内容等

⑮ その他の障害又は病状

臨床所見

⑯ 備考

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

◎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状態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、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ことがありますので、くわ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○でかこんでください。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。

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じ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し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　⑩の欄には、添付されたＸ線写真について、その所見を記入してください。

5　⑭の欄には、現在までの治療の内容、期間、経過などを記入してください。

6　この診断書の外に胸部Ｘ線写真を添えてください。