

診断書作成上の留意点

(表 面)

様式第4号

特別児童扶養手当認定診断書

診断書内訂正は二重線のみとし、押印不要

(知的障害・精神の障害用)

(ふりがな)氏名		生年月日		平成 年 月 日生(歳)	性別	男・女
住所		住所地の郵便番号()	都道府県		市区町村	
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	平成 年 月	④ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成 年 月	身体障害
	合併精神障害	平成 年 月				
⑤ 現病歴(陳述者より聴取)		陳述者の氏名				
ア 発病以来の病状と経過		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) (転帰)				
		(ア) 年 月 ~ 年 月 入・外 (イ) 年 月 ~ 年 月 入・外 (ウ) 年 月 ~ 年 月 入・外 (エ) 年 月 ~ 年 月 入・外				
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・特別支援学級) その他			
		障害の状態(令和 年 月 日現在)				
現 症	現在の病状又は状態像		左記の状態について、その程度・症状・処方薬等を具体的に記載してください。			
	⑦ 知能障害等	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) 判定年月日 (令和 年 月 日)		テスト不能の場合、その状況を記載してください		
	⑧ 発達障害関連症状	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 ()		最新の検査結果をご記入下さい。 (有期再認定の方は、前回の診断書作成日以降直近の検査結果を記入して下さい)		
	⑨ 意識障害・てんかん	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)		⑦～⑪について 該当する項目がある場合、すべての項目にその程度・症状・処方薬(量)等を具体的に記載してください。 (日常生活への支障の程度および頻度等) ※時期は前回診断以降の直近記載とし、2年以上前の記載は不要。		
	⑩ 精神症状	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 ()		該当する症状等がない場合、それぞれの欄を斜線で抹消してください。		
	⑪ 問題行動及び習癖	1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企図 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火・弄火 10 器物破壊 11 徘徊・浮浪 12 盗み 13 性的逸脱行動 14 排泄の問題 (尿失禁、便失禁、便秘、その他) 15 食事の問題 (拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 16 その他 ()		該当する項目に具体的な記載がない場合は、返送することがあります。		
	⑫ 性格特徴					

追記等で所定の記載場所に余白がない場合はこちらに記載又は貼付をお願いします。
記載の際は、要約した簡潔な内容をお願いします。