

指定診断書

この指定診断書は、以下の障害別になっておりますので、該当のページを指定し両面に印刷して、医療機関にて証明を受けてください。

※ 障害者用手帳をお持ちの方はこの診断書は不要です。

「視覚障害用」 2～3 ページ

「聴力・平衡機能・そしゃく機能・音声機能障害用」 4～5 ページ

「肢体不自由用」 6～8 ページ

「呼吸器結核による疾患用」 9～10 ページ

「外部障害、呼吸器結核、精神障害以外の疾患用」 11～12 ページ

「知的障害・精神疾患用」 13～14 ページ

整理番号
(都記入欄)

障害診断書 (東京都心身障害者扶養共済制度加入要件関係)

※視覚障害用

① (ふりがな)氏名	(男・女)	② 生年月日	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 (疾病, 不慮災, 労災, 戦傷災, その他) 後天性	⑥ 傷病発生日	年 月 日
⑦ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無

現	⑨視力	⑩視野	⑪所見 (前眼部)
	⑫予後	⑬備考	

	裸眼	矯正	矯正眼鏡
右眼			D
左眼			D

右

左

⑪所見 (前眼部)

右 _____

左 _____

(中間透光体)

右 _____

左 _____

(眼底)

右 _____

左 _____

⑫予後

⑬備考

上記のとおり診断します。

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下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。

◎ 字は楷書(かいしよ)ではっきりと書いて下さい。

注 意

- 1 この診断書は、東京都心身障害者扶養共済制度の加入要件である心身障害者の障害の状態を確認するための資料の一つです。この診断書は、心身障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明の点があると承認が遅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。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、心身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、父母等の申立てによって記入して下さい。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 ⑨の欄の視力測定の際の照度は、200ルクスとしてください。
- 5 ⑩の欄は、視野障害が問題となり、特に受給者等から依頼された場合にのみ測定してください。
- 6 口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべくくわしく診断結果を附加記入してください。

整理番号 (都記入欄)	
----------------	--

障害診断書（東京都心身障害者扶養共済制度加入要件関係）
 ※ 聴力・平衡機能・そしゃく機能・音声言語機能障害用

① (ふりがな) 氏名	----- (男・女)	② 生年月日	年 月 日																																																																																																																																					
③ 住所	④ 障害の原因となつた傷病名																																																																																																																																							
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 (疾病,不慮災,労災,戦傷災,その他) 後天性	⑥ 傷病発生年月日	年 月 日																																																																																																																																					
⑦ ④のためはじめて医師又は歯科医師の診断を受けた日	年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 ・ 無																																																																																																																																					
現 症 (機 能 障 害 診 断)	⑨ 聴 力 障 害																																																																																																																																							
	聴力損失又は聴力レベル																																																																																																																																							
	聴力損失 (旧規格)	左	デジベル	<p align="center">オー ジ オ グ ラ ム</p> <table border="1"> <tr><td>-10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>-10</td></tr> <tr><td>0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>10</td></tr> <tr><td>20</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>20</td></tr> <tr><td>30</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>30</td></tr> <tr><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>40</td></tr> <tr><td>50</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>50</td></tr> <tr><td>60</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>60</td></tr> <tr><td>70</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>70</td></tr> <tr><td>80</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>80</td></tr> <tr><td>90</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>90</td></tr> <tr><td>100</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>100</td></tr> </table> <p align="center">250 500 1000 2000 4000 Hz</p>	-10										-10	0										0	10										10	20										20	30										30	40										40	50										50	60										60	70										70	80										80	90										90	100										100
		-10											-10																																																																																																																											
	0											0																																																																																																																												
	10											10																																																																																																																												
	20											20																																																																																																																												
	30											30																																																																																																																												
	40											40																																																																																																																												
	50											50																																																																																																																												
60											60																																																																																																																													
70											70																																																																																																																													
80										80																																																																																																																														
90										90																																																																																																																														
100										100																																																																																																																														
聴力レベル (新規格)	左	デジベル																																																																																																																																						
	右	デジベル																																																																																																																																						
最良語音明瞭度																																																																																																																																								
左	%																																																																																																																																							
右	%																																																																																																																																							
使用したオーディオメーターの型式																																																																																																																																								
⑩ 平 衡 機 能 障 害																																																																																																																																								
所 見																																																																																																																																								
⑪ 咀 嚼 機 能 障 害		⑫ 音 声 言 語 機 能 障 害																																																																																																																																						
所 見		所 見																																																																																																																																						
⑬ 予 後	⑭ 備 考																																																																																																																																							
上記のとおり診断します。 <p align="center">年 月 日</p> 病院又は診療所の名称 所 在 地 <p align="center">診療担当科名</p> <p align="right">医 師 氏名 歯科医師 ㊟</p>																																																																																																																																								

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。診断書をもらおうとする人の障害の程度及び状態の認定に無関係な欄には記入する必要がありません。
 ◎ 字は楷書(かいしょ)ではっきりと書いて下さい。

注 意

- 1 この診断書は、東京都心身障害者扶養共済制度の加入要件である心身障害者の障害の状態を確認するための資料の一つです。この診断書は、心身障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明の点がありますと承認が遅くなる場合がありますので、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。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害児が障害の原因となった傷病についてはじめて医師又は歯科医師の診断を受けた日を記入して下さい。前に他の医師又は歯科医師が診断している場合は、父母等の申立てによって記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。
- 4 ⑨欄のデシベル値は、話音域すなわち、振動数500、1000、2000周波数の音の聴力損失デシベル又は聴力レベルデシベルの平均値をとることにより、算定して下さい。すなわち、その各々をa、b、cとすれば $\frac{a+2b+c}{4}$ となります。
- 5 昭和57年8月14日改正前のJIS規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨の聴力損失(旧規格)の欄に記入し、同日改正後のJIS規格又はこれに準ずる標準オーディオメータで測定した場合のデシベル値は⑨の聴力レベル(新規格)の欄に記入して下さい。なお、オーディオメータによる測定値が聴力レベルで表される場合には、製品に必ず聴力レベルであることの表示が行われているので確認してください。
- 6 最良語音明瞭度の検査は、オーディオロジー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、特に父母等から依頼された場合にのみ測定して下さい。
- 7 平衡機能で脳性によるもの(例 脳性麻痺)は、肢体不自由として取り扱われますので、診断書の用紙は肢体不自由用を使用してください。
- 8 口頭による諸検査結果と他覚所見とが一致しないような場合は、備考欄になるべくくわしく診断結果を附加記入してください。

障害診断書（東京都心身障害者扶養共済制度加入要件関係）

※肢体不自由用

① (ふりがな)氏名		男・女		② 生年月日		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 (疾病・不慮災・労災・戦傷災・その他)		⑥ 傷病発生年月日		年 月 日												
⑦ ④のためはじめて医師の診断を受けた日		年 月 日		⑧ 将来再認定の要 有 ・ 無														
⑨ 切離断	部位	母指	示指	中指	薬指	小指	手関節	前腕	肘関節	上腕	肩関節	リフラン関節	ショベル関節	足関節	下腿	膝関節	大腿	股関節
	末節以下	左					左											
	中節以下	左					右											
	基節以下	左					断端の痛み、有・無 すぐ上の関節の異常 有・無 (あれば⑪⑫⑬に記入)											
⑩ 麻痺		⑪ 体幹・四肢関節運動筋力							⑫ 体幹・四肢関節運動範囲									
外観	弛緩不強し 随意運動 緩直調整せい	性性性性性性	部位	運動の種類	程 度			強肢	直位	自肢	動位	地肢	動位					
					正常又はやや減	半減	著減又は消失											
起因部位	脳脊髄末梢神経(筋性)その他	性性性性性性	体幹	前屈														
			骨盤	ひきあげ	左	右												
			肩甲骨	内転	左	右												
				外転	左	右												
種類及びその程度	知覚麻痺 知覚脱出・鈍麻 運動麻痺 〔程度は⑪⑫⑬に記入〕	異常	肩関節	前挙	左	右				左	右							
			肘関節	屈曲	左	右				左	右							
			伸展	左	右				左	右								
反射	上肢	左	前腕	回内	左	右				左	右							
				回外	左	右				左	右							
	下肢	左	手関節	背屈	左	右				左	右							
				掌屈	左	右				左	右							
排尿・排便障害 有・無	バビンスキー反射 その他病的反射	左	股関節	屈曲	左	右				左	右							
				伸展	左	右				左	右							
				内転	左	右				左	右							
				外転	左	右				左	右							
胝創又はその癒痕 有・無			膝関節	屈曲	左	右				左	右							
				伸展	左	右				左	右							
			足関節	背屈	左	右				左	右							
				低屈	左	右				左	右							

		母 指		示 指		中 指		薬 指		小 指				
現	⑬ 指運動筋力及び自動肢位 (障害があるときのみ記入)	左												
		右												
症 (機能障害)	⑭ 四肢長		上肢長	下肢長	⑮ 四肢囲		上腕囲	前腕囲	大腿囲	下腿囲				
		左	cm	cm		左	cm	cm	cm	cm				
		右	cm	cm		右	cm	cm	cm	cm				
	⑯ 補助用具使用状況	常 時 と き ど き 使 用 せ ず		イ 義 手 へ 松葉杖 ヌ その他(具体的に)		ロ 義 足 ト 車椅子		ハ 上肢補装具 チ 歩行車		ニ 下肢補装具 リ 補助用小道具		ホ 杖		
	⑰ 日常生活動作の障害程度	つまむ (新聞紙が引きぬけない程度)		左	ズボンの着脱 (姿勢に関係なくズボンをはく)									
にぎる (丸めた週刊誌が引きぬけない程度)		左	靴下をはく (姿勢に関係なく片手でおこなってよい)						左					
タオルをしぼる (水がきめる程度)		右	座る・正座・横すわり・あぐら・脚をなげだし立ち上がる						右					
ひもをむすぶ		両手												
はしさじで食事をする		両手												
顔を洗う (顔に手のひらをつける)		左	片足で立つ						左					
便所の処理をする		右	最敬礼をす						右					
(ズボンのまえのボタンのところに手をやる) (臀のところに手をやる)		左	歩く						室内					
上着の着脱 (かぶりのシャツを着て脱ぐ)		右	階段をのぼる { 可能 手すり 要 ・ 不要 { 不能											
(ワイシャツを着てボタンをとめる)			階段を降りる { 可能 手すり 要 ・ 不要 { 不能											
⑱ 予 後														
⑲ 備 考														
上記のとおり診断します。											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	㊦

◎ 別紙の注意をよく読んでから記入して下さい。心身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。

(別紙)

注意

1 この診断書は、東京都心身障害者扶養共済制度の加入要件である心身障害者の障害の状態を確認するための資料の一つです。この診断書は、心身障害者の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明の点がありますと承認が遅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記入してください。

3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害児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、父母等の申立てによって記入して下さい。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 ⑨の欄の有効切断肢長0センチメートルの切断は、そのすぐ上位の関節での離断とみなしてください。

5 ⑩の欄の起因部位が心因性のもと思われる場合は、「その他」の所にマークしてください。

6 ⑪の欄の筋力の程度をあらわすのに「正常」、「やや減」、「半減」、「著減」、「消失」、の言葉を用いていますが、その具体的な「程度」は次のとおりです。

正 常……………検査者が手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合

やや減……………検査者が手をおいた程度の抵抗を排して自動可能な場合

半 減……………検査者の加える抵抗に抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合

著 減……………自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような肢位では自動可能な場合

消 失……………いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合

7 ⑫の欄の体幹、四肢関節の運動範囲は、関節角度計を使用して下さい。四肢の角度の測り方は、日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた方法によって下さい。

例 イ 自然起立姿勢で四肢がとる位置は、次のような角度になります。

肩関節0°、肘関節0°、前腕0°(母指が前方にむく位置)、手関節0°、股関節0°、膝関節0°、足関節0°、

(図A参照)

ロ 四肢の運動角度は、図A、Bの・の角度を記入してください。

ハ 首、体幹の運動角度は、図C、D、Eの・の角度を給してください。なお、自然起立位で、体幹がとる位置は、すべて0°とします。

8 ⑬の欄の指の運動角度は、各関節とも伸展位を0°とし、指の背面がなす角度で測って下さい。角度の記入は、基本肢位を0°とする股、肩のそれに準じて図F、Gのように伸展角度を外側に、屈曲角度を内側に記入して下さい。筋力はその程度を関節ごとに、たとえば、(半減)、強直の場合(強直00°)というように記入してください。

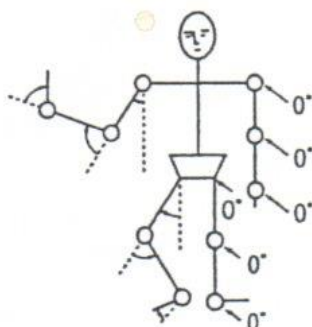
9 ⑭の欄の上肢長は、肩峯尖端より橈骨茎状突起尖端まで、下肢長は腸骨前上棘より内踝尖端までの距離を測ってください。

10 ⑮の欄の上腕囲、前腕囲、大腿囲はその中央部周囲計、下腿囲はその最大周囲計を測ってください。

11 ⑯の欄では起床より就寝まで装着使用する場合は、「常時」、その間、ある時にははずす場合は、「ときどき」として下さい。

12 ⑰の欄の日常生活動作については、ひとりのできる場合には可能とみなして○で、ひとりでもできて、うまくできない場合、通常人が行なう4~5倍以上の時間を要する場合は△でかこんで下さい。まったくできない場合は×にしてください。

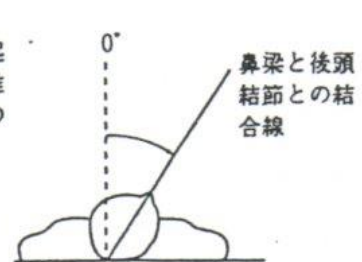
A (基本肢位と角度測定の方法)



C (首前屈・後屈)



D (首捻転)



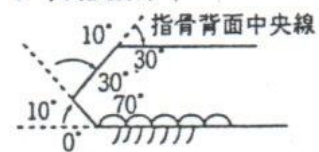
B (前腕回内・回外)



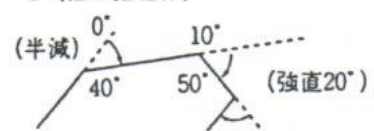
E (体幹前屈・後屈)



F (母指屈伸)



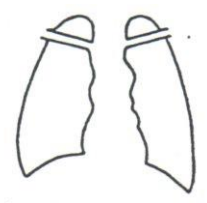
G (他4指屈伸)



整理番号 (都記入欄)	
----------------	--

障害診断書（東京都心身障害者扶養共済制度加入要件関係）

※呼吸器結核による疾患用

① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日		年 月 日	
③ 住所		④ 障害の原因となった傷病名		主要疾病 合併症		
⑤ ④のためはじめて医師の診断を受けた日		年 月 日	⑥ 傷病発生年月日		年 月 日	
⑧ 既往症及び既存障害		○ツ反応 (陽転時期 歳頃)				
初診から現在までの臨床的経過	⑨ 初診時 所見	自覚症状				⑬ 初診時レントゲン 所見  年 月 日 撮影
	理学的所見					
	赤沈値	1時間値 mm 2時間値 mm (年 月 日検査)				
	検痰成績	塗抹 +・- (ガフキー 号) (年 月 日検査) 培養 +・- (コロニー 個)				
	⑩ 症状の経過					
	⑪ 現在までの治療状況					
	⑫ 喀痰中菌検索の推移					
現症	⑭ 胸部理学的所見				⑮ レントゲン所見 年 月 日 撮影	
	⑮ 症状の概要					
	⑯ 検痰成績	塗抹 +・- (ガフキー 号) 培養 +・- (コロニー 個)	⑰ 赤沈値	1時間値 mm 2時間値 mm		
⑲ 計測	身長	cm	体重	Kg	胸囲	cm
	胸囲充盈差	cm	脈搏		体温	℃
	体温日差		呼吸		肺活量	cc
⑳ 日常生活の介護指導の必要度					21 安静度	1度・2度・ 3度・4度・ 5度
22 予後						
23 総合判定						
24 備考						
上記のとおり診断します。		年 月 日				
病院又は診療所の名称		診療担当科名	医師氏名	⑱		
所在地						

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障害児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。

注 意

- 1 この診断書は、東京都心身障害者扶養共済制度の加入要件である心身障害者の障害の状態を確認するための資料の一つです。この診断書は、心身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承認が遅くなる場合がありますので、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、障害児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、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 ⑪の欄は、初診日以後現在まで行なった直達療法、化学療法、全身療法及びその他の療法について、その種類及び実施時期を順を追って記入してください。
- 5 ⑫の欄には、検査年月日とともに、陽転又は陰転の経過を順を追って記入してください。
- 6 ⑬の欄には、初診日又は初診日に極めて近い日に撮影したエックス線写真を図示し、簡単に所見を記入してください。
- 7 ⑮の欄には、盗汗、咳嗽、喀痰、嘔声、腹痛、咽頭痛、排尿痛、尿意頻数、骨関節機能障害、骨関節変形等の有無、食慾、栄養状態等を具体的に記入してください。
- 8 ⑯の欄には、添付されたエックス線写真について、その所見を記入してください。
- 9 ⑳の欄には、日常生活の状況及び日常生活における介護指導の必要性等を具体的に記入してください。
- 10 21の欄には、「結核の治療指針」（厚生労働省）の安静度について該当するものを○でかこんでください。
- 11 22の欄には、⑧から22までの欄に記載された事項を総合的に判定し、その状態を詳細に記入し、「重度」、「中度」「軽度」を記入してください。

整理番号 (都記入欄)	
----------------	--

障害診断書（東京都心身障害者扶養共済制度加入要件関係）

※外部障害、呼吸器結核、精神障害以外の疾患用

① (ふりがな) 氏名	男・女	② 生 年 月 日	年 月 日				
③ 住 所		④ 障害の原因となった 傷 病 名	主要疾病 合併症				
⑤ 傷病の原因又は誘因		⑥ 傷病発生年月日	年 月 日				
⑦ ④のためはじめて医 師の診断を受けた日	年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有 (年後) ・ 無				
⑨ 既往症及び既存障害							
初診から現在までの 臨 床 的 経 過	⑩ 初 診 時 所 見						
	⑪ 症 状 の 経 過						
	⑫ 現在までの治療状況						
現 症	⑬ 症 状 の 概 要			⑭ レントゲン所見 年 月 日撮影			
	計測及び検査所見等	身 長	cm	体 重	kg	胸 囲	cm
		体 温	℃	脈 搏		呼 吸	
		肺活量(実測値) 1秒量	cc cc	動脈血酸素 飽 和 度			
	⑮ 異 常 所 見 特に重要なもの						
⑯ 検 査 所 見							
⑰ 日 常 生 活 の 介 護 指 導 の 必 要 度	1. 極めて手数のかかる介助を必要とする 2. 比較的簡単な介助と生活指 導を必要とする 3. 生活指導を必要とする 4. 生活指導の必要がない 1. 2. 3.の具体的な内容				⑱ 安静度	1度・2度・3度・ 4度・5度	
⑲ 予 後							
2 1 総 合 判 定							
2 2 備 考							
日常生活能力	2 3 要 注 意 度 1. 常に厳重な注意を必要とする 2. 随時一応の注意を必要とする 3. ほとんど必要がない						
	2 4 日常生活の介助度 1. 衣服(脱げない、着れない、ボタン不能、自立) 2. 食事(全介助、半介助、自立) 3. 排泄(おむつ必要、おむつ不 要、全介助、半介助、自立) 4. 入浴(全介助、半介助、無介助) 5. 歩行(独りで歩ける、一部介助を要する、全介 助を要する) 6. 危険物(全くわからぬ、特定の物、場所はわかる、大体わかる)						
上記のとおり診断します。 病院又は診療所の名称 所 在 地				年 月 日	診療担当科名	医師名	㊟

◎ 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。

注 意

- 1 この診断書は、東京都心身障害者扶養共済制度の加入要件である心身障害者の障害の状態を確認するための資料の一つです。この診断書は、心身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承認が遅くなる場合がありますので、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。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害児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、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 ⑫の欄には、初診日以後現在まで行なった治療法について、その種類及び実施時期を順を追って記入してください。なお、人工透析治療法を実施している場合は、その透析回数を記入してください。
- 5 ⑭の欄には、添付されたエックス線写真について、その所見を記入してください。
- 6 ⑰の欄には、心電図、腎機能、肝機能その他の所見を得るに必要な検査を行ない、その結果を記入してください。ただし、人工透析治療法を実施している者の腎機能検査成績は、実施前の成績を記入してください。
- 7 ⑱の欄には、日常生活の状況及び日常生活における介護指導の必要性について、該当するものを○でかこみ、その内容を具体的に記入してください。
- 8 ⑲の欄には、「結核の治療方針」（厚生労働省）の安静度について、該当するものを○でかこんでください。
- 9 21の欄には、⑨から⑳までの欄に記載された事項を総合的に判定し、その状態を詳細に記入し、「重度」、「中度」、「軽度」を記入してください。

障害診断書（東京都心身障害者扶養共済制度加入要件関係）
※知的障害・精神疾患用

① (ふりがな)氏名	----- 男・女	② 生 年 月 日	年 月 日
③ 住 所		④ 障害の原因となった傷病名	主な精神障害() 合併精神障害() 合併身体障害()
⑤ 傷病発生年月日	主な精神障害 年 月 合併精神障害 年 月 合併身体障害 年 月	⑥ ④のためはじめて医師の診断を受けた日	年 月 日
⑦ 入院年月日	年 月 日	⑧ 将来再認定の要	有(年後)・無
⑨ 家族の状況	1 血族結婚 2 家族内特記すべき疾患異常()		
既 応 歴 及 び 現 病 歴	⑩ 胎 生 期	1 妊娠中毒 2 強いつわり 3 糖尿病 4 胸部X線照射 5 薬物使用(薬品名) 6 梅毒 7 熱性疾患() 8 その他()	
	⑪ 分 娩 時	1 在胎期間(正常、早産、予定日超過) 2 分娩遅延(24時間以上) 3 前早期破水 4 前置胎盤 5 早期剥離 6 骨盤位 7 鉗子分娩 8 吸引分娩 9 帝王切開 10 陣痛誘発 11 全身麻酔 12 多胎 13 その他()	
	⑫ 新 生 児 期	出世時体重(kg) 出生時身長(cm) 1 分娩時仮死 2 けいれん 3 重傷黄疸 4 交換輸血 5 その他()	
	⑬ 乳 幼 児 期	1 主な病気(歳) 2 外傷 3 中毒 4 けいれん 5 高熱 6 意識障害 7 その他()	
	⑭ 現 病 歴	1 初診時年齢 2 初診時主訴	
⑮ 現在まで受けた特殊療法等	1 薬物療法 2 精神療法 3 作業療法 4 持続睡眠療法 5 けいれん療法 6 インシュリン療法 7 外科的療法 8 駆梅療法 9 教育状況(未就学・就学年) 10 その他		
現 在 の 状 態 像	⑯ 知 能 障 害	判定(最重度、重度、中度、軽度、境界線、正常) 知能指数又は発達指数(IQ・DQ) テスト方式() テスト不能	
	⑰ 意 識 障 害	1 けいれん発作 2 精神運動発作 3 もうろう状態 4 小発作 5 その他() (注) てんかん発作の発生頻度(/ 回) 服薬(有・無)	
	⑱ 精 神 症 状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 独語 6 空笑 7 感情鈍麻 8 緊張病性昏迷 9 緊張病性興奮 10 思考障害 11 不安 12 恐怖 13 強迫行為 14 心気症 15 周期性不機嫌 16 中毒嗜癖 17 うつ状態 18 そう状態 19 その他()	
⑲ 問題行動及び習癖	1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企画 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火・弄火 10 器物破かい 11 徘徊・浮浪 12 盗み 13 チック 14 排泄の問題(尿失禁,便失禁,便こね,その他) 1 5 食事の問題(拒食,異食,大食,小食,偏食,その他) 16 性器いじり 17 性的行動異常 18 嘘言 19 収集癖 20 常同行動 21 反響症状 22 緘黙 23 登校拒否 24 その他()		
⑳ 身 体 症 状	1 先天奇形 2 頭蓋不整形 3 皮膚異常 4 視覚障害() 5 聴覚障害() 6 運動障害() 7 知覚障害() 8 生殖器() 9 腱反射 10 瞳孔反応 11 内臓所見() 12 錘体外路症状 13 移動 14 言語障害() 15 脳波所見() 16 その他()		
㉑ 現在まで受けた検査	1 脳波 2 気脳写 3 頭蓋X線撮影 4 内分泌 5 染色体 6 代謝機能 7 血液化学 8 心理テスト 9 四肢X線撮影 10 尿検査 11 その他		
㉒ 性 格 特 徴			
精 神 科 特 殊 看 護 及 び 指 導	㉓ 要 注 意 度	1 常に嚴重な注意を必要とする 2 随時一応の注意を必要とする 3 ほとんど必要がない	
	㉔ 日常生活の介助度	1 衣服(脱げない、着れない、ボタン不能、自立) 2 食事(全介助、半介助、自立) 3 排泄(おむつ必要、おむつ不要、全介助、半介助、自立) 4 入浴(全介助、半介助、無介助) 5 睡眠(夜ねむらずさわぐ、時々不眠、ねぼける、問題なし) 6 危険物(全くわからぬ、特定の物・場所はわかる、大体わかる)	
	㉕ 日常生活の介護指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする 2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする 3 生活指導を必要とする 4 生活指導の必要がない	
㉖ 医学的総合判定			
㉗ 予 後			
㉘ 備 考			
上記のとおり診断します。 病院又は診療所の名称 所在地		診療担当科名	年 月 日 医師氏名 ㉙

◎ 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。

注 意

- 1 この診断書は、東京都心身障害者扶養共済制度の加入要件である心身障害者の障害の状態を確認するための資料の一つです。この診断書は、心身障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明の点がありますと承認が遅くなる場合がありますので、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。また、記入する欄（カッコ内）は具体的にくわしく記入してください。なお、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 ⑥の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害児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、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 ⑦の欄は、現に入院中の障害児について入院年月日を記入してください。なお、既往の入院で判面している場合は、⑭の欄に記入してください。
- 5 23 の欄は、暴行、反抗、易怒、喧騒、煽動、逃走企画、弄火、自殺企画、自傷、猜疑的曲解、破衣、不潔、拒食その他注意を要する発作性症状等につき、その有無、程度及び頻度に応じて、該当するものを○でかこんでください。
- 6 26 の欄は⑩から 25 までの欄に記載された事項を総合的に判定して障害を詳細に記入してください。特に「要入院医療」と判定された障害児については、その理由を記入してください。
- 7 診断医が「精神衛生鑑定医」である場合には、氏名の上にその旨を附記してください。また、診断医が精神衛生センター、児童相談所又は精神薄弱者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所の名称」のところに、その精神衛生センター、児童相談所又は精神薄弱者更正相談所の名所を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科名」は記入する必要はありません。