

様式第二号(四)(第一条関係)

(表 面)

児童扶養手当障害認定診断書(呼吸器結核用)									
① (ふりがな) 氏 名				② 生年月日		大正 昭和 平成 令和			
						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		有 ・ 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	自 覚 症 状	発熱・盗汗・食欲不振・瘦削・胸痛・疲労・倦怠・咳嗽・喀痰・喀血又は血痰・その他()・なし					⑭ 初診時レントゲン所見	
		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)培養+・-(コロニー 個) (年 月 日 検 査)						
	⑪ 症状の経過							年 月 日撮影 (所見)	
	⑫ 現在までの 治 療 状 況								
	⑬ 喀痰中菌検 索 の 推 移							⑮ レ ン ト ゲ ン 所 見	

(裏 面)

注意

- 1 この診断書は、児童扶養手当の受給資格と手当の額を認定するための資料の一つです。この診断書は、児童の父又は母の障害の状態を証明するときにも、また児童の障害の状態を証明するときにも使用されますが、いずれの場合にも、記入事項に不明の点がありますと認定がおそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。
- 2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。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下さい。
- 3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日でなく、本人が障害の原因となつ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下さい。前に他の医師が診断している場合は、本人の申立てによつて記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。
- 4 ⑫の欄には、初診日以後現在までに行なつた療法について、その種類及び実施時期を順を追つて記入して下さい。
- 5 ⑬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つて記入して下さい。
- 6 ⑭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下さい。
- 7 ⑮の欄には、添附されたエックス線写真についてその所見を記入して下さい。
- 8 ㉑の欄には、「結核の治療指針」(厚生省)の安静度を記入して下さい。
- 9 ㉒の欄「術側肩関節の機能障害」欄には、胸廓成形術等により機能障害がある場合に記入して下さい。