様式第二号(四)(第一条関係)

(表　　面)

<table>
<tr><td colspan="8">児童扶養手当障害認定診断書(呼吸器結核用)</td></tr>
<tr><td>①</td><td>(ふりがな)
氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>②　生年月日</td><td colspan="3">大正
昭和
平成
令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>③</td><td>住　　所</td><td colspan="3"></td><td>④</td><td>障害の原因となった傷病名</td><td>主要疾病
合併症</td></tr>
<tr><td>⑤</td><td>傷病の原因又は誘因</td><td colspan="3"></td><td>⑥</td><td>傷病発生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>⑦</td><td>④のためはじめて医師の診断を受けた日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td>⑧</td><td>将来再認定の要</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>⑨</td><td>既往症及び既存障害</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="7">初診から現在までの臨床的経過</td><td rowspan="4">⑩初診時所見</td><td>自覚症状</td><td colspan="4">発熱・盗汗・食欲不振・痩削・胸痛・疲労・倦怠・咳嗽・喀痰・喀血又は血痰・その他(　　)・なし</td><td>⑭　初診時レントゲン所見</td></tr>
<tr><td>理学的所見</td><td colspan="4"></td><td rowspan="3">年　　月　　日撮影
(所見)</td></tr>
<tr><td>赤沈値</td><td colspan="4">1時間値　　mm　　2時間値　　mm(　　年　　月　　日検査)</td></tr>
<tr><td>検痰成績</td><td colspan="4">塗抹＋・－(ガフキー　　号)培養＋・－(コロニー　　個)(年　月　日検査)</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑪　症状の経過</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">⑫　現在までの治療状況</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">⑬　喀痰中菌検索の推移</td><td colspan="4"></td><td>⑱　レントゲン所見</td></tr>
</table>

	⑮ 胸部理学的所見				年　月　日
	⑯ その他の所見				
	⑰ 症状の概要	栄養状態（良・中 不良）	盗汗(有・無)	食欲（良・中 不良）	体温（平熱・微熱・中等熱・高熱・馳張熱）
		咳嗽(多・少・無)	喀痰(多・少・無)	腹痛(有・無)	便通（普通・便秘・下痢 1日平均　回）
		排尿痛(有・無)	尿意頻数(有・無)	嗄声(有・無)	咽頭痛(有・無)
		骨関節機能障害(有・無)	骨関節変形(有・無)	その他(　　)	
	⑲ 検痰成績	塗抹＋・－(ガフキー　　号) 培養＋・－(コロニー　　個)	⑳ 赤沈値	1時間値　mm 2時間値　mm	㉑ 安静度　度

㉒ 計測	身長	cm	体重	kg	胸囲	cm	術の側機肩能関障節害		前方挙上	後方挙上	側方挙上	内転	外転
	胸囲充盈差	cm	脈搏		体温	℃		自動的	度	度	度	度	度
	体温日差		呼吸		肺活量	C.C.		他動的	度	度	度	度	度
㉓ 予後													
㉔ 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。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。

◎　字は楷書ではつきりと書いて下さい。

（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　⑱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。