

(裏 面)

現 症	⑰ 日 常 生 活 能 力 の 程 度 (必ず記入してください)	1 食事	(・ひとりできる)	・介助があればできる	・できない)
		2 用便(月経)の始末	(・ひとりできる)	・介助があればできる	・できない)
		3 衣服の着脱	(・ひとりできる)	・介助があればできる	・できない)
		4 簡単な買物	(・ひとりできる)	・介助があればできる	・できない)
		5 家族との会話	(・通じる)	・少しは通じる	・通じない)
		6 家族以外の者との会話	(・通じる)	・少しは通じる	・通じない)
7 刃物・火の危険		(・わかる)	・少しはわかる	・わからない)	
8 戸外での危険(交通事故) から身を守る		[・守ることができる]	・不十分ながら守 ることができる	・守ることが できない]	
	上記の内容を具体的に記載して下さい。				
⑱ 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 ほとんど必要ない				
⑲ 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ください。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はありません。
- ◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

記入上の注意

- 1 この診断書は、特別障害者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遅くなることがありますので、できるだけ詳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。また、記入する欄（ ）は具体的に詳しく記入してください。
なお、記入しきれない場合は、別に紙片をはり付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、障害者が障害の原因となった傷病については初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、その父母等の申立てによって記入してください。
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。
- 4 ⑪から⑮までの欄には、それぞれの欄の症状又は行動について該当するものを○で囲んでください。
- 5 知的障害の場合は、知能指数又は発達指数及び検査方式を⑪の欄に記入してください。
- 6 ⑮の欄は、⑪から⑮までの欄に記載する注意を要する症状の有無、程度及び頻度に応じて該当するものを○で囲んでください。
- 7 診断医が、「精神保健指定医」である場合には、氏名の上にその旨を記載してください。また、診断医が精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の医師である場合には、「病院又は診療所」のところに、その精神保健福祉センター、児童相談所又は知的障害者更生相談所の名称を記入するだけで、「所在地」、「診療担当科目名」は記入する必要はありません。