様式第二号（五）（第一条関係）

（表　面）

児童扶養手当障害認定診断書（呼吸器系結核以外の結核症・心肺機能障害及び高血圧症用）							
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	障害の原因となつた傷病名	主要疾病 合併病	
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　・　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					⑮ レントゲン所見 令和　年　月　日撮影（所見）	
	⑭ 現在の主要所見						
	⑯ 計測及び検査所見	身長	cm	体重	kg	胸囲	cm
		体温	℃	脈搏		呼吸	
		肺活量	cc	動脈血酸素飽和度		血圧	
		尿検査所見	比重（　）蛋白－・±・＋（　c/00）沈渣所見（　）				
		腎機能検査所見	ＰＳＰ	血中残余窒素量　mg／dl			
			その他の腎機能検査所見				
		眼底					
		心電図所見					
		その他の検査所見					
⑰ 予後							
⑱ 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。記名押印に代えて署名することができます。

様式第二号(五)（表面）を次のように改める。