

# つくだクリニック 特別児童扶養手当 問診票

特別児童扶養手当受給にかかる診断書作成にあたって必要な情報となりますので、可能な限り詳しくご記入の上、診察予約日に忘れずにご持参ください。  
 なお、療育手帳を所持されている場合は、直近の検査結果証明書もご持参ください。

記入日 年 月 日

受診者氏名 <small>フリカナ</small>	男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 カ月)
所属	( 年生)	記入者氏名(続柄)	
住所			
各種手帳	療育手帳(有:等級 / 無 / 申請中) 精神手帳(有:等級 / 無 / 申請中)		

I お子さまがお生まれになってからの発育の状況、受診歴等をご記入ください。

--

II お子さまのこれまでの教育歴についてご記入ください。

乳児期	
小学校	普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校
中学校	普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校
高等学校	普通学級 ・ 特別支援学級 ・ 特別支援学校

III 現在、ご家庭や学校等で心配されていることについてご記入ください。

学習面	
対人関係	
行動面	

IV お子さまの性格についてご記入ください。

--

V 現在のお子さまの日常生活能力についてご記入ください。

① 食事	全介助・半介助・自立	
② 洗面	全介助・半介助・自立	
③ 排泄	オムツ必要・オムツ不要 / 全介助・半介助・自立	
④ 衣服	脱げない・着られない・ボタン不能・自立	
⑤ 入浴	全介助・半介助・自立	
⑥ 危険物	全く分からない・特定の物や場所は分かる・大体分かる	
⑦ 睡眠	夜眠らず騒ぐ・時々不眠・寝ぼける・問題なし	

太枠内をご記入下さい。 特別児童扶養手当認定診断書

(知的障害・精神の障害用)

(ふりがな) 氏名		生年月日	平成 年 月 日生( 歳)	性別	男・女
住所		住所地の郵便番号 ( )	都道府県	郡市区	
① 障害の原因となった傷病名	ICD-10コード( )				
② 年 月	主な精神障害	平成 年 月	③ 合併症	精神障害	
	合併精神障害	平成 年 月		身体障害	
	合併身体障害	平成 年 月			
④ ①のため初めて医師の診断を受けた日		平成 年 月 日	⑤ 診療録で確認・本人の申立て		
⑤ 現病歴(陳述者より聴取)		陳述者の氏名		患者との続柄	
ア 発病以来の経過		イ 発病以来の治療歴 (病院名) (治療期間) (入院・外来別) (病名) (主な療法) (転帰)			
⑥ これまでの発育・養育歴等(出生から発育の状況や教育歴を陳述者より聴取の上、できるだけ詳しく記入してください。)		ア 発育・養育歴 イ 教育歴 乳児期 不就学 就学猶予 小学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 中学校(普通学級・特別支援学級・特別支援学校) 高校(普通学級・特別支援学校)			

患者様の氏名

当日来院される方で、聞き取りさせていただく方の氏名



現 症	⑦ 知能障害等	現在 1 知的障害 知能指標 テスト方 判定 判定年 2 高次脳機能障害 ア 実行機能障害 イ 記憶障害 エ 注意障害 オ 遂行機能障害 カ 社会的行動障害 3 学習障害 ア 読み イ 書き ウ 算数 エ その他( ) 4 その他( )	方欄等を具体的に記載してください。
	⑧ 発達障害関連症状	1 相互的な社会関係の質的障害 2 言語コミュニケーションの障害 3 限定した常同的で反復的な関心と行動 4 その他( )	
	⑨ 意識障害・てんかん	1 意識混濁 2 (夜間)せん妄 3 もうろう 4 錯乱 5 てんかん発作 6 不機嫌症 7 その他( ) ・ てんかん発作のタイプ( ) ・ てんかん発作の頻度((年間・月・週) 回程度)	
	⑩ 精神症状	1 幻覚 2 妄想 3 自閉 4 無為 5 感情の平板化 6 不安 7 恐怖 8 強迫行為 9 思考障害 10 心気症 11 中毒嗜癖 12 うつ状態 13 そう状態 14 その他( )	
	⑪ 問題行動及び習癖	1 興奮 2 暴行 3 多動 4 拒絶 5 自殺企図 6 自傷 7 破衣 8 不潔 9 放火・弄火 10 器物破壊 11 徘徊・浮浪 12 盗み 13 性的逸脱行動 14 排泄の問題(尿失禁、便失禁、便こね、その他) 15 食事の問題(拒食、異食、大食、小食、偏食、その他) 16 その他( )	
	⑫ 性格特徴		