

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	年	月	日生 (歳)	男・女
住所					
① 障害名(部位を明記)					
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他()			
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日 ・場 所					
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)					
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日					
⑤ 総合所見					
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]					
⑥ その他参考となる合併症状					
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。					
年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名 印					
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度等級についても参考意見を記入] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に					
・該当する (級相当) ・該当しない					
注 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について、お問い合わせする場合があります。					

