

身体障害者診断書・意見書 (障害用)

総括表

氏 名	年 月 日生	男 女												
住 所														
障害名及び障害の部位														
原因となった 疾病・外傷名	交通事故・労災事故・その他の事故・戦傷・戦災 自然災害・疾病・先天性・その他 ()													
疾病・外傷発生年月日	年 月 日	場所												
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												
総合所見														
		[将来再認定 要・不要] (再認定の時期 年 月)												
その他参考となる合併症状														
上記のとおり診断します。併せて次の意見を付します。														
年 月 日														
病院又は診療所の名称														
所 在 地														
診 療 担 当 科 名 科 医師の氏名														
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 (障害程度の等級についても参考意見を記入してください。)														
		等級表による個別等級 (肢体不自由障害の場合)												
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		<table border="1"> <thead> <tr> <th>部 位</th> <th>等 級</th> <th>項 目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上 肢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下 肢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>体 幹</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	部 位	等 級	項 目	上 肢			下 肢			体 幹		
部 位	等 級	項 目												
上 肢														
下 肢														
体 幹														
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する (級相当) ・該当しない 														
<p>注意 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。</p> <p>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・意見書を添付してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分について問合せをする場合があります。</p>														