

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 (再認定の時期
		要・不要) 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	部 位	等 級
・該当する (級相当)	上 肢	
・該当しない	下 肢	
	体 幹	
項目		
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。		
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。		
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。		