

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------------|---|----|----|---|---|---|---|----|---|---|---|---|----|---|--|--|--|
| 氏名 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 | 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・外傷発生日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 昭和・平成・令和 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※人工関節又は人工骨頭置換術を実施(予定)の場合記載して下さい。(年 月 日 施術・予定) 障害固定又は障害確定(推定) 平成・令和 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。 令和 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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程度に ・該当する (級相当) 【肢体不自由】 ・該当しない | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※ 参考意見(等級)と判断した理由を, 記載してください。 | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="3" style="width: 10%;">内訳</td> <td style="width: 10%;">上肢</td> <td style="width: 10%;">右</td> <td style="width: 10%;">級</td> <td style="width: 10%;">左</td> <td style="width: 10%;">級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>右</td> <td>級</td> <td>左</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td colspan="4">級</td> </tr> </table> | 内訳 | 上肢 | 右 | 級 | 左 | 級 | 下肢 | 右 | 級 | 左 | 級 | 体幹 | 級 | | | |
| 内訳 | 上肢 | 右 | | 級 | 左 | 級 | | | | | | | | | | | | |
| | 下肢 | 右 | | 級 | 左 | 級 | | | | | | | | | | | | |
| | 体幹 | 級 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 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, 広島県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。 4 人工関節又は人工骨頭置換術を予定している場合は, 予定日以降での再認定の時期を設定してください。 5 肢体不自由の各関節や手指等の機能障害の指数は, 単純合計するのではなく, 原則として「上肢, 下肢, 体幹」の区分の中で中間的に指数合算し, 各部位の全廃, 著障, 軽障の等級との整合性を持った等級とするよう留意してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

身体障害者診断書・意見書 (障害用)

総括表

| | | |
|---|-----------------------|-----|
| 氏 名 | 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生 | 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 | | |
| 昭和・平成・令和 年 月 日 | | |
| 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) 平成・令和 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。 | | |
| 令和 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 | | |
| 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程度に | | |
| ・ 該当する (級相当) | | |
| ・ 該当しない | | |
| ※ 参考意見 (等級) と判断した理由を, 記載してください。 | | |
| | | |
| 備考 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, 原因となつた疾病には, 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, 広島県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。 | | |