

様式第1号

## 身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

### 総括表

氏名	大正 昭和 平成 令和	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、自然災害 戦災、疾病、先天性、その他（ ）			
③疾病・外傷発生日		平成 令和	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）					
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：令和 年 月）					
※原則として、障害の程度が軽減する可能性がある場合のみ、「要」とし、再認定が必要な時期を記入してください。また、再認定「要」とした理由を、⑤総合所見欄等に記入してください（成長により障害程度に変化が生じることが予想される場合を除く）。					
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： _____					
病院又は診療所の所在地： _____					
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に					
・該当する ( _____ 級相当)					
・該当しない					
注意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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 障害区分や等級決定のため、岡山県社会福祉審議会から改めて記載内容についてお問い合わせをする場合があります。					

