

身体障害者診断書・意見書

総括表

(障害用)

氏名		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 疾病・先天性・その他() 〕			
③疾病・外傷発生日 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			
⑥将来の再認定の必要性 ・要(再認定を要する時期 年 月) ・不要 再認定を「要」とした理由 1 治療等により改善の可能性あり 2 その他()			
⑦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、以下の意見を付します 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、参考意見を記入すること。) 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」欄には、現在起こっている障害(両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等)を、「原因となった疾病・外傷名」欄には、原因となった疾患等(角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等)を、それぞれ記入すること。 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 障害区分や等級を決定するため、県又は県社会福祉審議会から改めて照会する場合があります。			