様式第3号(第5条関係)

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・外傷発生年月日　　　　　　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、僧帽弁膜狭等)を、それぞれ記入すること。  　　　　2　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る。 | | | | | |

ぼうこう又は直腸の機能障害の状況及び所見

|  |  |
| --- | --- |
| 1　ぼうこう機能障害の状況及び所見  　□　尿路変向(更)のストマを造設しているもの | |
| (1)　種類及び術式  　　ア　種類  　　　□　　　　　　□  　　　□　尿管瘻　　　　□　ぼうこう  　　　□　回腸(結腸)導管  　　　□　その他(　　　　　　　　　　)  　　イ　術式(　　　　　　　　　　　　　　)  　　ウ　手術日(　　　　年　　　月　　　日)  sosyaku  (ストマ及びびらんの部位等を図示すること。) | (2)　長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状況の有無について  　　□　有  　　　(理由)  　　□　軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがあるため(部位及び大きさを図示すること。)。  　　□　ストマに変形があるため。  　　□　ストマの造設箇所が不適切であるため。  　　□　無 |
| □　高度の排尿機能障害のあるもの  　(1)　原因 | |
| □　先天性疾患に起因する神経障害によるもの  　　　(疾患名　　　　　　　　　　　　　　)  　　□　直腸の手術に起因する神経障害によるもの  　　　術式(　　　　　　　　　　　　　　)  　　　手術日(　　　　　年　　　月　　　日)  　　□　自然排尿型代用ぼうこう  　　　術式(　　　　　　　　　　　　　　)  　　　手術日(　　　　　年　　　月　　　日) | (2)　排尿機能障害の状況・対応  　　□　カテーテルを常時留置している。  　　□　自己導尿を常時実施している。  　　□　完全尿失禁である。  　　□　その他 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2　直腸機能障害の状況及び所見  　□　腸管のストマを増設しているもの | | |
| (1)　種類及び術式  　　ア　種類 | | (2)　長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状況の有無について |
| □　空腸ストマ又は回腸ストマ  　　　□　上行結腸ストマ又は横行結腸ストマ  　　　□　下行結腸ストマ又はS状結腸ストマ  　　　□　その他(　　　　　　　　　　　)  　　イ　術式(　　　　　　　　　　　　)  　　ウ　手術日(　　　　　年　　月　　日)  sosyaku  (ストマ及びびらんの部位等を図示すること。) | | □　有  　　　(理由)  　　　□　軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがあるため(部位、大きさについて図示すること。)。  　　　□　ストマが変形しているため。  　　　□　ストマの造設箇所が不適切であるため。  　　□　無 |
| □　治癒困難な腸のあるもの | | |
| (1)　原因  　　□　放射線障害によるもの  　　　(疾患名　　　　　　　　　　　　　)  　　□　その他  　　　(疾患名　　　　　　　　　　　　　)  　(2)　孔の数(　　　　　　　　　　個)  sosyaku  (腸及びびらんの部位を図示すること。) | (3)　腸からの腸内容の漏れの状況  　　□　大部分が漏れている。  　　□　一部分が漏れている。  　(4)　腸における腸の内容物の排せつ処理の状況  　　□　軽快の見込みのない腸周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位及び大きさを図示すること。)。  　　□　その他 | |
| □　高度の排便機能障害のあるもの  　(1)　原因 | | |
| □　先天性疾患に起因する神経障害によるもの  　　　(疾患名　　　　　　　　　　　　　)  　　□　先天性鎖肛に対する肛門形成術によるもの  　　　手術日(　　　　年　　　月　　　日)  　　□　小腸肛門吻合術によるもの  　　　手術日(　　　　年　　　月　　　日) | (2)　排便機能障害の状況  　　□　完全便失禁である。  　　□　軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある。  　　□　週に2回以上の定期的な摘便が必要である。  　　□　その他 | |
| 3　障害程度の等級  　(1)　1級に該当する障害  　　□　腸管のストマ及び尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの  　　□　腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの  　　□　尿路変向(更)のストマ及び治癒困難な腸を持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸における腸の内容物の排せつ処理が著しく困難な状態があるもの  　　□　尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの  　　□　治癒困難な腸があり、かつ、腸における腸の内容物の排せつ処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの  　(2)　3級に該当する障害  　　□　腸管のストマ及び尿路変向(更)のストマを持つもの  　　□　腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの  　　□　尿路変向(更)のストマ及び治癒困難な腸を持つもの  　　□　尿路変向(更)のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの  　　□　治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸における腸の内容物の排せつ処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの  　　□　高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの  　(3)　4級に該当する障害  　　□　腸管のストマ又は尿路変向(更)のストマを持つもの  　　□　治癒困難な腸があるもの  　　□　高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの  (注)  　1　ぼうこう機能障害及び直腸機能障害のうち該当する障害について記入し、これらの障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記入すること。  　2　該当する項目の□にレ印を記入し、括弧内に必要事項を記載すること。  　3　障害の認定の対象となるストマは、排尿又は排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限ること。 | | |