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。 | | | | | |

小腸の機能障害の状況及び所見

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身長　　　　㎝　　　体重　　　　㎏　　　体重減少率　　　　％  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(観察期間　　　　)  　1　小腸切除の場合  　　(1)　手術所見  　　　ア　切除小腸の部位　　　　　　　　　長さ　　　　　　㎝  　　　ア　残存小腸の部位　　　　　　　　　長さ　　　　　　㎝  　　　○　手術施行医療機関名  　　　　　　　　　　　　　　(できれば手術記録の写しを添付すること｡)  　　(2)　小腸造影所見((1)が不明の場合に記入し、小腸造影の写しを添付すること｡)  　　　　　推定残存小腸の長さその他の所見  　2　小腸疾患の場合  　　　病変部位、病変範囲その他の参考となる所見 | | | | | | | | | |
|  | 参考図示 |  | | | | | | |  |
| いちょー7cm | | |  | | | | |
| 切除部位 | |  |  | |
|  | | | | |
| 病変部位 | |  |  | |
| (注)　1及び2が併存する場合は、その旨を併記すること。 | | | | |
| 3　栄養維持の方法  　　(1)　中心静脈栄養法  　　　ア　開始日　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　イ　カテーテル留置部位  　　　ウ　装具の種類  　　　エ　最近6か月間の実施状況　　　　(最近6か月間に　　　日間)  　　　オ　療法の連続性　　　　(持続的・間　　的)  　　　カ　熱量　　　　(1日当たり　　　　　KCal) | | | | | | | | | |
| (2)　経腸栄養法  　　　ア　開始日　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　イ　カテーテル留置部位  　　　エ　最近6か月間の実施状況　　　　(最近6か月間に　　　日間)  　　　オ　療法の連続性　　　　(持続的・間　　的)  　　　カ　熱量　　　　(1日当たり　　　　　KCal)  　　(3)　経口摂取  　　　ア　摂取の状態(普通食・軟食・流動食・低残食)  　　　イ　摂取量(普通量・中等量・少量)  　4　排便の状況  　　ア　便の性状(下・軟便・正常)  　　イ　排便回数(1日　　　　　　回)  　5　検査所見(測定日　　年　　月　　日) | | | | | | | | | |
| ア　赤血球数  　　イ　血色素量  　　ウ　血清総白濃度  　　エ　血清アルブミン濃度 | | | ／㎜3  　　　g／dl  　　　g／dl  　　　g／dl | | キ　血清ナトリウム濃度  　　ク　血清カリウム濃度  　　ケ　血清クロール濃度  　　コ　血清マグネシウム濃度  　　サ　血清カルシウム濃度 | | | mEq/l  　　　mEq/l  　　　mEq/l  　　　mEq/l  　　　mEq/l | |
| オ　血清総コレステロール濃度 | | | ㎎／dl | |
| カ　中性脂肪 | | | ㎎／dl | |
| (注)1　残存小腸の長さについては、腸間膜付着部の距離によるものとする。  　　　2　中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たりの熱量については、1週間の平均値によるものとする。  　　　3　「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。  　　　4　小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く｡)又は小腸疾患による小腸の機能障害の障害程度については、再認定を要する。  　　　5　障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時とし、それ以外の小腸の機能障害の場合は6か月の観察期間の経過後とする。 | | | | | | | | | |