

身体障害者診断書・意見書（障害用）

総括表

氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ ）歳	男 女
住所	宮城県	
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	年 月 日（頃）	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

〔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。

年 月 日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名

科

15条指定医

医師氏名

(印)

〔記名押印又は署名〕

意見書

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」（別紙）を添付してください。
 - 3 障害区分や等級決定のため、県から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。
- ※ 7級の障害が一つの場合のみは身体障害者手帳の交付対象となりません。

(その1裏)

等級認定	項目	1種	2種	1級	2級	3級	4級	5級	6級	再審査	審議会
	認定印										
	障害名										

備考 等級認定欄内は記入しないでください。

等級認定	項目	1種	2種	1級	2級	3級	4級	5級	6級	再審査	審議会
	認定印										
	障害名										

備考 等級認定欄内は記入しないでください。

3 障害程度の等級

(1 級に該当する障害)

- 腸管ストマに尿路変向（更）のストマを併せもち、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
- 腸管のストマをもち、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）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、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瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向（更）のストマをもち、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便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄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

(3 級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもつもの
- 腸管のストマをもち、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）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの
- 尿路変向（更）のストマをもち、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便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄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

(4 級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの