

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由）

総括表

氏名	年 月 日生	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 自然災害・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（身体障害者障害程度等級表に掲載されている障害程度を記入してください。）										
[将来再認定：要（重度化・軽度化）・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	電話（ ）								
診療担当科名	科 医師氏名	印								
<p>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〕</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する ・ 該当しない（ 級相当） <p style="text-align: right;">* 下肢と体幹が重複する場合、その総合等級は、原則として指数合算を行わないこと。</p>										
<table border="1" style="float: right;"> <thead> <tr> <th>肢体不自由</th> <th>等級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上肢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			肢体不自由	等級	上肢		下肢		体幹	
肢体不自由	等級									
上肢										
下肢										
体幹										
<p>注意 1 障害名には現在起こっている障害、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。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、福島県社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。</p>										

