

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

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		
[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
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		
<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>		

