

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

氏 名	大正・昭和 平成・令和 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 ・ 不要] (再認定の時期 令和 年 月)																						
⑥ その他参考となる合併症状																						
上記のとおり診断し, 併せて次の意見を付す。																						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">病院又は診療所の名称</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td>令和 年 月 日</td> <td style="text-align: center;">所 在 地</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">電 話 番 号</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">診療担当科名</td> <td style="text-align: center;">科</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">氏 名</td> <td></td> </tr> </table>				病院又は診療所の名称		令和 年 月 日	所 在 地			電 話 番 号			診療担当科名	科		氏 名						
	病院又は診療所の名称																					
令和 年 月 日	所 在 地																					
	電 話 番 号																					
	診療担当科名	科																				
	氏 名																					
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 障害の程度は, 身体障害者福祉法別表に掲げる障害に [障害部位ごとの等級, 障害の内容及び指数についての参考意見]																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">障害部位</th> <th style="width: 10%;">等級</th> <th style="width: 40%;">障害の内容</th> <th style="width: 20%;">指数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">総 合</td> <td style="text-align: center;">級</td> <td style="text-align: center;">合 計</td> <td style="text-align: center;">点</td> </tr> </tbody> </table>			障害部位	等級	障害の内容	指数													総 合	級	合 計	点
障害部位	等級	障害の内容	指数																			
総 合	級	合 計	点																			
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。 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」（別紙様式）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせをする場合があります。																						

