

身体障害者診断書・意見書

総括表

(障害用)

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	交通事故・労災事故・その他の事故・戦傷 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 (再認定の時期 要・不要) 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。併せて次の意見を付す。 年 月 日														
病院又は診療所の名称 所 在 地 診 療 担 当 科 名	科 第15条指定医師氏名	印												
身体障害者福祉法 (昭和24年法律第283号) 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 style="text-align: center;">等級表による個別等級</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>部位</th> <th>等級</th> <th>項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上肢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		部位	等級	項目	上肢			下肢			体幹		
部位	等級	項目												
上肢														
下肢														
体幹														
注意	<p>1 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、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角膜混濁、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 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及び意見書を添付してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、函館市および函館市社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>													

