

身体障害者診断書・意見書 (じん臓機能障害)

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 自然災害 戦災、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		
軽度化による将来再認定 要 (時期 年 月) ・ 不要		
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 医師氏名 ㊟		
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下さい。		
2 障害区分や等級決定のため、富山県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。		
3 医師が氏名を自署する場合は、押印を省略することができます。		

