

身体障害者診断書・意見書 (小腸機能障害)

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 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		
[将来再認定 要 (軽度化・重度化) ・ 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 (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		
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。		

(2) 経腸栄養法

ア 開始日 年 月 日
イ カテーテル留置部位 _____
ウ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
エ 療法の連続性 (持続的・間歇的)
オ 熱量 (1日当たり kcal)

(3) 経口摂取

ア 摂取の状態 (普通食・軟食・流動食・低残渣食)
イ 摂取量 (普通量・中等量・少量)

4 便の性状 (下痢, 軟便, 正常), 排便回数 (1日 回)

5 検査所見 (測定日 年 月 日)

ア 赤血球数	/mm ³	キ 血色素量	g/dl
イ 血清総蛋白濃度	g/dl	ク 血清アルブミン濃度	g/dl
ウ 血清総コレステロール濃度	mg/dl	ケ 中性脂肪	mg/dl
エ 血清ナトリウム濃度	mEq/l	コ 血清カリウム濃度	mEq/l
オ 血清クロール濃度	mEq/l	サ 血清マグネシウム濃度	mEq/l
カ 血清カルシウム濃度	mEq/l		

- (注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいう。
2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については、再確認を要する。
5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。