

身体障害者診断書 (障害用)

総括表

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	男・女
----	----------------------	-----

住所

① 障害名 (部位を明記)

② 原因となった 交通, 労災, その他の事故, 戦傷, 戦災,
 疾病・外傷名 自然災害, 疾病, 先天性, その他()

③ 疾病・外傷発生日 年 月 日 (頃)・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。)

添付個別所見欄用紙 様式7-10

障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日

⑤ 総合所見 (個別の所見欄用紙を用いた時は, 重複部分の記載を省略してさしつかえありません。)

[将来再認定 (約 年後) 要・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

印

意見書

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」(別様式)を添付してください。
3. 障害区分や等級決定のため, 県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。

等級認定	項目	1 種	2 種	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	再審査	審議会
	認定印										
	障害名										

備考 等級認定欄内は記入しないでください。

等級認定	項目	1 種	2 種	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	再審査	審議会
	認定印										
	障害名										

備考 等級認定欄内は記入しないでください。

