

身体障害者診断書・意見書(呼吸器機能障害用)

総括表

氏名	明治 大正 昭和 平成	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(1年後・2年後・3年後・4年後・5年後・その他 年後)・ 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			
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) 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。 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、地方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。			

