第六号様式（第八条）

身体障害者診断書・意見書（　　　　　　障害用）

総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　　月　　日生（ 　）歳 | | 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  自然災害　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・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  担当診療科名　 　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  １　障害名には、現在起っている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、僧帽弁膜狭等原因となった疾患名を記入してください。  ２　「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。  ３　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。  ４　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問い合わせする場合があります。 | | | |

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

総括表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　　月　　日生（ 　）歳 | | | | | 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  自然災害　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・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  担当診療科名　　 　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〕  　　等級表による個別等級 | | | | | | | |
| 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 | | | 部　　位 | 等　　級 | 項　　目 | |  |
| 上　　肢 |  |  | |
| 下　　肢 |  |  | |
| 体　　幹 |  |  | |
|  | | | | | | | |
| 注  １　障害名には、現在起っている障害、例えば右上下肢麻等を記入し、原因となった疾病には、脳卒中等原因となった疾患名を記入してください。  ２　「障害の状態及び所見を記載した書面」（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問い合わせする場合があります。 | | | | | | | |

身体障害者診断書・意見書（脳原性運動機能障害用）

総括表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　　月　　日生（ 　）歳 | | | | 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  自然災害　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・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  担当診療科名　　 　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〕  　　等級表による個別等級 | | | | | | |
| 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 | | | 部　　位 | 等　　級 | |  |
| 両上肢 |  | |
| 上　肢 | （左・右） | |
| 移動機能 |  | |
|  | | | | | | |
| 注  １　障害名には、現在起っている障害、例えば上下肢麻等を記入し、原因となった疾病には、脳性麻等原因となった疾患名を記入してください。  ２　「障害の状態及び所見を記載した書面」（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問い合わせする場合があります。 | | | | | | |

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

総括表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　　月　　日生（ 　）歳 | | | | 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  自然災害　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・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  担当診療科名　　 　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〕  　　等級表による個別等級 | | | | | | |
| 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 | | | 部　　位 | 等　　級 | |  |
| 視　　力 |  | |
| 視　　野 |  | |
|  | | | | | | |
| 注  １　障害名には、現在起っている障害、例えば視力障害等を記入し、原因となった疾病には、糖尿病性網膜症等原因となった疾患名を記入してください。  ２　「障害の状態及び所見を記載した書面」（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問い合わせする場合があります。 | | | | | | |