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。 |