

種別 [-] [- -] [- -] [- -] [- -] 原因 []

身体障害者診断書・意見書（呼吸器の機能障害用）

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		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 1 交通 2 労災 3 その他の事故 4 戦傷 5 戦災 6 自然災害 7 疾病 8 先天性 9 その他（ ） </div>		
③ 疾病・外傷発生年月日		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 ・場所 </div>		
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） <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> 年 月 日 </div>		
⑤ 総合所見		
[将来再認定 要（軽減化・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		
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 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お問い合わせする場合があります。		

