

身体障がい者診断書・意見書（じん臓機能障がい用）

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	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 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） 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 障害区分や等級決定のため、山形市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。		

[illegible]