

肢

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

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（再認定の項目も記入）		
〔将来再認定 要（軽度化・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 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 上肢 級 下肢 級 体幹 級 ・該当しない		
注意 1 障害名の欄には、上肢機能障害（右手関節強直），体幹運動機能障害（下半身麻痺）等と記入し，原因となった疾病・外傷名の欄には，脳卒中，関節リュウマチ等障害の原因となった疾病等を記入するとともに，該当する事項を○で囲んでください（「その他」を囲んだ場合は（ ）内に具体的に記入してください）。 2 障害区分や等級決定のため，改めて状況及び所見についてお問い合わせする場合があります。		