

身体障害者診断書（ 障害用）

総括表

氏名	明治・大正・昭和・平成 年 月 日	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、 疾病、先天性、その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生日	年 月 日	（頃）・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（個別の所見欄用紙を用いた時は、重複部分の記載を省略してさしつかえありません。）

〔将来再認定（約 年後） 要・不要〕

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

意見書

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、県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。

等級認定	項目	1 種	2 種	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	再審査	審議会
	認定印										
	障害名										

備考 等級認定欄内は記入しないでください。

等級認定	項目	1 種	2 種	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	再審査	審議会
	認定印										
	障害名										

備考 等級認定欄内は記入しないでください。

