

総括表 身体障がい者診断書・意見書（ 障害用）

氏 名		生年月日	年 月 日生	男・女
住 所	郵便番号 電話			
① 障がい名（部位を明記すること。）		障がいの状況及び所見 別紙のとおり		
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 原因となった疾病・外傷 発生年月日及び場所		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。）				
障がい固定・障がい確定年月日（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（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。） 障がいの程度は、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				
※ 7 級の障害に 1 つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。				

注意

- 1 障がい名の欄には現在起こっている障がい、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻ひ、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病の欄には緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等具体的疾患名を記入してください。
- 2 歯科矯正治療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」を添付してください。
- 3 障がい区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて障がいの状況及び所見について問い合わせる場合があります。
- 4 下欄には、記入しないでください。

障がい名		障害・不自由	級	項
	重複障がい	障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項
		障害・不自由	級	項