

総括表

氏 名	〇〇 〇〇	明治 大正 昭和 平成	〇 年 〇月〇 日生 (〇) 歳	男 ☒ 女
住 所 〇〇県 〇〇市 〇〇 △△番地				
①	障害名（部位を明記）両上肢機能障害、両下肢機能障害			
②	原因となった疾病・外傷名 筋痛性脳脊髄炎/慢性疲労症候群（ME/CFS） 交通、労災、 その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、 <u>疾病</u> 、先天性、その他（ ）			
③	疾病・外傷発生年月日 2021 年 7 月 1 日・場 所：自宅			
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。） 2021 年 7 月に COVID-19 感染症に罹患。回復後も、全身倦怠感、頭痛、不眠、食思不振、筋肉痛、関節痛、光音過敏、思考力・集中力の低下が続き、労作後の消耗（軽度の身体的・認知的・感情的な負荷により、症状の悪化が起こり遷延すること）があるために家事や外出ができなくなった。2022 年 1 月当院受診、内科的検査で異常認めず、除外診断を行い上記と診断した。生活指導や環境調整、対症療法を続けるが改善乏しく、半年以上症状が固定しており、障害固定と判断した。 障害固定又は障害確定（推定） 2022 年 8 月 1 日			
⑤	総合所見 両上肢の機能の著しい障害（疼痛と疲労感のため、容易に脱力し、筋力維持が困難） 両下肢の機能の著しい障害（疼痛と疲労感のため、容易に脱力し、起立位保持および歩行が困難） 日中のほとんどを臥位で過ごし、家族の介護がなければ、食事や入浴が困難となっている。 生活上の困難を軽減するための配慮や支援が必要である。 〔将来再認定 ☒ 要・不要〕 〔再認定の時期 2025 年 8 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。 2022 年 8 月 1 日 病因又は診療所の名称 〇〇医院 所 在 地 〇〇県 〇〇市 〇〇 △△番地 診療担当科名 脳神経内科 医師氏名 〇〇 〇〇			
	身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見 〔障害程度等級表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 (1 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、例えば両眼視力障害、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、緑内障、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次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。			