身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

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・自然災害 戦災・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（レントゲン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　　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）

・　該当しない

※ 内訳

上肢（右、左、両）	級
下肢（右、左、両）	級
体幹	級

※ 下肢と体幹の障害が重複する場合、その総合等級は、原則として指数合算を行わないこと。

※ 関節の認定の場合、総合所見欄に関節ごとの等級を記載すること。

注意　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、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。

３　将来再認定の欄は、更生医療の適用、機能回復訓練等によって軽減する等の変化が予想される場合に記入してください。