

身体障害者診断書・意見書

総括表

(

障害用)

氏名	年 月 日生	男 女
住所		
障害名(部位を明記)		
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( )	
疾病・外傷発生日	年 月 日	場所
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		
総合所見		
〔将来再認定 要・不要〕 (再認定の時期 年 月)		
その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて次の意見を付す。  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(昭和24年法律第283号)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 障害名には現在起こっている障害、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病名を記入してください。 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(別紙)を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、北海道社会福祉審議会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。		

