

氏名		生年 月日	年 月 日 ( )歳	性別	男・女																				
住所				TEL																					
①障害名(部位を明記)																									
<small>障害名には以下の( )内の具体的な障害名(部位を明記)を記載してください。                  例)視覚障害(両眼視力障害・視野狭窄・視野欠損等)、聴覚障害(両耳全ろう・語音明瞭度著障等)、平衡機能障害(中枢性平衡失調等)、音声機能障害(喉頭摘出・発声筋麻痺等)、言語機能障害(ろうあ・聴あ等)、上肢機能障害(右肩関節機能全廃・左手指欠損等)、下肢機能障害(右足部欠損・左膝関節著障等)、右半身麻痺、体幹機能障害、脳原性運動機能障害(上肢・移動)、内部障害(心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸機能障害等)を記入して下さい。「指定医師必携障害名記載例参照」</small>																									
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( )																						
<small>注意 2. 疾病・外傷名には、視覚障害(緑内障等)、聴覚・平衡機能障害(先天性、メニエール病等)、音声・言語・そしゃく機能障害(咽頭腫瘍、脳血管疾患等)、肢体不自由(脳血管疾患、脳性麻痺、関節リウマチ等)、内部障害(心室中隔欠損、慢性腎炎、肺気腫、膀胱腫瘍、直腸腫瘍、特発性仮性腸閉塞症等)の原因となった疾病・外傷名を記載して下さい。「指定医師必携疾病・外傷名記載例参照」</small>																									
③疾病・外傷発生日		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(軽度化・重度化)(再認定の時期 年 月 日)・不要】 <small>※障害の程度が軽減されると予想される場合にのみ要に○してください。</small>																									
⑥その他参考となる合併症状																									
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載すること。 ] 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 ) 等級内訳(肢体・脳原性要記載) ・該当しない		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>右</td> <td>左</td> <td colspan="2">両</td> </tr> <tr> <td>上肢</td> <td>級</td> <td>級</td> <td colspan="2">級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>級</td> <td>級</td> <td colspan="2">級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> <td>脳原 上肢</td> <td>級</td> <td>脳原 移動</td> </tr> </table>					右	左	両		上肢	級	級	級		下肢	級	級	級		体幹	級	脳原 上肢	級	脳原 移動
	右	左	両																						
上肢	級	級	級																						
下肢	級	級	級																						
体幹	級	脳原 上肢	級	脳原 移動																					
上記のとおり診断する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 電話番号 診療担当科名 科 医師氏名																									
<small>注意 3. 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」(第6号様式(15))を添付してください。                  4. 障害区分や等級決定のため、沖縄県身体障害者更生相談所から診断内容等についてお問い合わせする場合があります。</small>																									