

身体障害者診断書・意見書（障害用）

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）		【ア】																											
<p>注意 1. 障害名には以下の（ ）内の具体的な障害名（部位を明記）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・腎臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障害等）を記入してください。「指定医師必携障害名記載例参照」</p>																													
②原 因 とな っ た 疾 病 ・ 外 傷 名		【イ】		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（ ）																									
<p>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（先天性難聴、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・外傷名を記載してください。「指定医師必携疾病・外傷名記載例参照」</p>																													
③疾病・外傷発生年月日		【ウ】		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。）																													
【エ】																													
【オ】																													
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】																													
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																													
【カ】		・該当する（ 級相当）		【キ】																									
		・該当しない																											
<table><tr><td colspan="4">内訳（肢体・脳原性要記載）</td></tr><tr><td></td><td>右</td><td>左</td><td>両</td></tr><tr><td>上 肢</td><td>級</td><td>級</td><td>級</td></tr><tr><td>下 肢</td><td>級</td><td>級</td><td>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><td>級</td></tr></table>								内訳（肢体・脳原性要記載）					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	級
内訳（肢体・脳原性要記載）																													
	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	級																								
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																													
【ク】																													
診療担当科名 科 医師氏名																													
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(別)）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。																													

※稀に鉛筆書きの診断書があります。消せないペンでの記入をお願いします。

【ア】「①障害名（部位を明記）」

申請する機能障害を記入してください。（心臓機能障害、じん臓機能障害など）

- ・「肢体不自由」については、記入されている部位（右・左上肢、右・左下肢、四肢、体幹など）のみの認定となります。「肢体不自由」と記入されているものは認定できません。返戻や訂正依頼の対象となります。
- ・「視覚障害」は、視力障害と視野障害それぞれで認定を行うため、記入されている部位のみの認定となります。「視力障害」と記入されている場合は、視力障害のみ認定を行います。

【イ】「②原因となった疾病・外傷名」

①の障害の直接の原因となった疾病名を記入してください。（狭心症、糖尿病性腎症、脳梗塞など）

※既往歴ではありません。

- ・未記入、「不明」と記入の場合は返戻や訂正依頼の対象となります。
 - ・記入された疾病・外傷名は身障手帳に表記されます。
- 例「洞不全症候群による心臓機能障害（ペースメーカー）（1級）」

【ウ】「③疾病・外傷発生日月日」

②の疾病・外傷の診断日等を記入してください。

- ・「不明」や「平成〇〇年」のみ記載のものも受理していますが、未記入の場合は返戻となります。

【エ】「④参考となる経過・現症」

障害の直接の原因となった疾病・外傷の治療経過等、カルテに記載されている情報を記入してください。

- ・③で「不明」と記入した場合は、必ず疾病・外傷に対する治療の経過を書いてください。その際、必ず時間軸（平成〇〇年頃、〇〇歳頃、〇年前頃など）も一緒に記入してください。疾病・外傷発生から3ヶ月（肢体不自由は6ヶ月の場合もあり）以上経過している事が確認できなければ、返戻や訂正依頼の対象です。

【オ】「障害固定又は障害確定（推定）」

障害が固定したと判断した日を記入してください。

- ・診断書作成日と同日か、それより前の日付で記入してください。未記入や診断日より後の日付（未来日）は、返戻や訂正依頼の対象です。

◎障害固定及びその永続性における原則◎

疾病・外傷発生（急性増悪期）→治療→障害の残存の判断（少なくとも3ヶ月の経過を要する）

身体障害者手帳は、各機能障害の認定基準を満たし、かつ、障害の永続性が認められる場合に障害認定となるため「障害の永続性」の確認が必要です。

沖縄県においては、「急性増悪期（積極的治療終了後）から3ヶ月を経過してもなお障害が残存している場合、障害の永続性を認める」と取り扱っています。

◎例外（3ヶ月の経過を経なくても申請可能な場合があります）

- ・視覚障害：無眼球
- ・ぼうこう直腸機能障害：永久ストマ造設での4級認定の場合
- ・心臓機能障害：人工弁移植、弁置換、ペースメーカー等（クラスⅠの場合のみ）
- ・音声言語機能障害：無喉頭
- ・移植の場合：心臓移植、じん臓移植、肝臓移植、肺移植 など

【カ】「該当する・該当しない（ ）級」

どちらかを必ず選択してください。未記入の場合は返戻となる可能性があります。

【キ】「内訳（肢体・脳原性記載）」

肢体不自由や脳原性運動機能障害の申請の場合は、内訳の記入をお願いします。

【ク】「診療担当科名 医師氏名」について

- ・指定を受けている診療科によって、作成できる診断書が決まっています。※「指定医師必携R6.3月改定版」p31
- ・医師の署名の場合は押印省略可能ですが、記名の場合で押印が無いものは、返戻対象となります。