

① 原因

ア 先天性疾患に起因する神経障害
 [年 月 日]
 (例：二分脊椎等)

イ その他

- 先天性鎖肛に対する肛門形成術
手術日：[年 月 日]
- 小腸肛門吻合術
手術日：[年 月 日]

② 排便機能障害の状態・対応

- 完全便失禁
- 軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある
- 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要
- その他 []

(1 級に該当する障害)

- (3級に該当する障害)

- (4級に該当する障害)

- ・ 腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの
- ・ 治癒困難な腸瘻があるもの
- ・ 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう・直腸機能障害用）

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・戦災 自然災害・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（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（重度化・軽度化）（ 年 月 ）・不要〕					
⑥その他参考となる合併症状					
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日					
病院又は診療所の名称 所 在 地		電話 （ ）			
診療担当科名		科 医師氏名			
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 ・該当しない（ 級相当）					
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、福島市地方社会福祉審議会から改めて別紙 所見の部分について、お問い合わせする場合があります。					

- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- ・ 各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目に○を付け、必要事項を記述すること。
- ・ 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

[]

2 直腸機能障害

$$[\quad]$$