

(様式第2号の5)

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由）

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・戦災 自然災害・疾病・先天性・その他（ ）									
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（障害程度等級表に記載のある障害名を必ず記入願います。）										
〔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	（ 級相当）	<table border="1"> <tr><th>肢体不自由</th><th>等級</th></tr> <tr><td>上 肢</td><td></td></tr> <tr><td>下 肢</td><td></td></tr> <tr><td>体 幹</td><td></td></tr> </table>	肢体不自由	等級	上 肢		下 肢		体 幹	
肢体不自由		等級								
上 肢										
下 肢										
体 幹										
・ 該当しない	* 同一疾患・同一部位における障害 について、原則下肢と体幹の重複 認定は行わないこと。									
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、福島市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。										

