


様式第3（第6条）

身体障害者診断書・意見書（ 障害用）

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 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災 疾病・外傷名 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・発生場所		
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（ 年 月）・不要] [再認定が必要な場合はその理由（ ）]		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。		
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患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 記名押印に代えて署名することができます。		
4 障害区分や等級決定のため、愛媛県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合せする場合があります。		