第６号様式

**身体障害者診断書・意見書（肝臓機能障害用）**

総括表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  氏　名 | 年　　月　　日生（　　　）歳 | 男・女 |
|  住　所　船橋市 |
|  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（ 　　　）※上記のいずれかを必ず選択してください |
|  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※診断日以前の日付をご記入ください |
|  ⑤ 総合所見〔将来再認定：　要 ・ 不要 〕　要の場合再認定の理由（重度化・軽度化）再認定の時期（　　　年　　月）※診断日から１年以上５年以内の期間でご記入ください |
|  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　　　 地担当診療科名　　 　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） 　　　　　　　　 ・該当しない |
| 注 | １　障害名には、現在起こっている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、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　「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。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」（別様式）を添付してください。４　障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせする場合があります。 |

身体障害者福祉法第１５条第１項に規定する指定医師の診断を受けてください