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