

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

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



② 経腸栄養法：

- ・ 開 始 日 年 月 日
- ・ カテーテル留置部位 \_\_\_\_\_
- ・ 装 具 の 種 類 \_\_\_\_\_
- ・ 最近6箇月間の実施状況 (最近6箇月間に \_\_\_\_\_ 日間)
- ・ 療 法 の 連 続 性 ( 持続的 ・ 間欠的 )
- ・ 熱 量 (1日当たり \_\_\_\_\_ Kcal)

③ 経口摂取：

- ・ 摂取の状態 (普通食 軟食 流動食 低残<sup>さ</sup>渣食)
- ・ 摂 取 量 (普通量 中等量 少量)

4 便の性状：(下痢、軟便、正常) 排便回数(1日 \_\_\_\_\_ 回)

5 検査所見(測定日 年 月 日)

赤 血 球 数	/mm <sup>3</sup>	血 色 素 量	g/dl
血 清 総 <sup>たんぱく</sup> 蛋白質濃度	g/dl	血 清アルブミン濃度	g/dl
血 清総コレステロール濃度	mg/dl	中 性 脂 肪	mg/dl
血 清ナトリウム濃度	mEq/l	血 清カリウム濃度	mEq/l
血 清クロール濃度	mEq/l	血 清マグネシウム濃度	mEq/l
血 清カルシウム濃度	mEq/l		

注

- 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
- 4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもつて行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6箇月の観察期間を経て行うものとする。