

診断書の作成は身体障害者福祉法第15条に規定する医師に限られます。

総括表 身体障害者診断書・意見書 (障害用)

氏名		生年月日	年 月 日	男・女
住所	〒			電話
① 障害名 (部位を明記)	障害の状況及び所見別紙のとおり			
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・外傷発生年月日	年 月 日	場 所		
④ 参考となる経過・現症 (エックス線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・不要] [再認定の時期 年 月]			
⑥ その他参考となる合併症状				
上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。 年 月 日				
病院又は診療所の名称 所 在 地 電 話 番 号 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すること。] 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				
※7級の障害に1つ該当しただけでは身体障害者手帳の交付対象となりませんのでご注意ください。				
注 1 障害名の欄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、原因となった疾病の欄には角膜混濁、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、地方社会福祉審議会から改めて障害の状況及び所見について問合せする場合があります。 3 下欄には、記入しないでください。				
障 害 名	障害・不自由		級	項
	重 複 障 害	障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項
		障害・不自由		級 項