

様式第7号(1)(第6条関係)

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害)

氏名	年 月 日生	男 女
住所		
① 障害名(部位を明記)		
原因となった ② 傷、戦災 疾病・外傷名 ()	交通、労災、その他の事故、戦 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・不要] (再認定の時期 年 月)		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付けます。 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		
備考 1 障害名には現在起っている障害、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 障害区分や等級決定のため、富山市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い合わせする場合があります。		

