

記載例

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

総括表

氏名	〇〇 〇〇	〇〇〇〇年 〇月 〇日生	男・女
住所	〇〇県 〇〇市 〇〇 △△番地		
① 障害名（部位を明記）	右上下肢機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名	新型コロナウイルス感染症	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・外傷発生日	2021年 9月 10日	場所	自宅
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。）	2021年9月に発熱で内科受診し、新型コロナウイルス陽性と診断された。自宅で療養し、呼吸器症状は軽減したものの、右上下肢にしびれと麻痺が生じたため救急受診した。画像検査で異常所見はなく経過観察のみとなった。その後1か月以上しびれと麻痺が続いたため、11月に当院初診。現在、右上下肢腱反射亢進、独歩は可能ではあるが右下肢痙性麻痺＋、握力 左44kg 右14kg。職場には週2日電車通勤（片道40分）、それ以外はテレワーク。自家用車の運転が困難なため、混雑を避けて通勤している。		
	障害固定又は障害確定（推定） 2022年 5月 10日		
⑤ 総合所見	右上下肢のしびれと麻痺は発症時から改善傾向がみられず、1km以上の歩行が困難であり、階段昇降に手すりを要するなど、運動機能に著しく制限がある。引き続き経過観察および生活上の困難を軽減するための配慮や支援が必要である。		
	〔軽度化による将来再認定 <input checked="" type="radio"/> 要 ・ 不要 （再認定の時期 2025年 5月）〕		
⑥ その他参考となる合併症状	上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 2022年 5月 10日 病院又は診療所の名称 〇〇医院 所在地 〇〇県 〇〇市 〇〇 △△番地 診療担当科名 整形外科 医師氏名 〇〇 〇〇		
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 <input checked="" type="radio"/> 該当する（ 4級相当） 内訳 ・ 該当しない		
	上肢	7 級	
	下肢	4 級	
	体幹	級	
注意	1 障害名には現在起こっている障害、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 障害区分や等級決定のため、〇〇県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。		