

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）	体幹機能障害		
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（ 疾病、先天性、その他（ 疾病、先天性、その他（	
③ 疾病・外傷発生年月日	2021年 10月 1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。）	2021年10月1日に新型コロナウイルス感染症を発症し、10月3日に当院に入院したが重症化したため集中治療室にて人工呼吸器管理となった。約1ヶ月で呼吸状態は改善し、気管切開も閉鎖したが、退出時には手指足趾をかるうじて動かせる程度であり、重度の廃用症候群が残存した。その後、回復期リハビリテーション病棟を経て自宅に退院し、現在は当院リハビリテーション科外来に通院している。右下腿内側から母趾にかけて触圧覚、温痛覚低下があり、両下腿に遠に異常感覚がある。また、両膝関節拘縮により可動域が低下し、つかまらずに立ち上がる、しゃがむなどの動作はできない。座位保持も困難であり、歩行は不安定かつ緩慢で日常生活に支障をきたしている。 障害固定又は障害確定（推定） 2022年 4月 5日		
⑤ 総合所見	身体機能は改善傾向にあるものの、10分以上の立位及び座位保持が困難、手すりにつかまらなると歩行が不安定など、重度の運動機能制限があり、日常生活及び病前と同じ業務（建設作業）の遂行を困難にしている。さらなる身体機能改善及び日常生活・社会復帰に向けた支援が必要である。 〔 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 4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 4月 5日 病院又は診療所の名称 〇〇市民病院 所 在 地 〇〇県 〇〇市 〇〇 △△番地 診療担当科名 リハビリテーション科 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（ 2級相当） 内訳 <input type="radio"/> 該当しない			
		上肢	級
		下肢	級
		体幹	2 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。		