

総括表

身体障害者診断書・意見書（呼吸器機能障害用）

氏 名	〇〇 〇〇	大昭平令	〇 年 〇 月 〇 日生（ 〇 ）歳	☒ 男・女
住 所	〇〇県 〇〇市 〇〇 △△番地			
1 障害名（部位を明記）	呼吸器機能障害			
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、 ☒ 疾病、 自然災害、先天性、その他（ ）	
3 疾病・外傷発生年月日	昭平令	4 年 1 月 14 日	・ 場所	不詳
4 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）				
令和4年1月14日に新型コロナウイルス感染症を発症した。これにより以前から合併していた間質性肺炎が増悪したため、ステロイド加療を開始した。呼吸器症状及び陰影は改善傾向にあったが、室内気吸入下で動脈血酸素分圧58Torr、指数49と肺活量の低下を認めるため、在宅酸素を導入した。現在、常時酸素（2ℓ/分）を投与しても数十mの歩行で呼吸困難が出現するため、外出が困難である。 障害固定又は障害確定（推定） 昭平令 4 年 4 月 8 日				
5 総 合 所 見（障害認定に必要な事項、臨床症状、日常生活活動の制限、将来再認定について明記）				
新型コロナウイルス感染症により間質性肺炎が増悪した。新型コロナウイルス感染症から回復後も常時酸素（2ℓ/分）投与が必要であり、数十mの歩行で呼吸困難が出現するため、通勤を含めて外出が困難である。 【 将来再認定： 不要 ・ ☒要（☒軽度化・重度化）⇒ 再認定時期：☒1年後・ 3年後 ・ 5年後 】				
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記する。 令和 4 年 4 月 8 日 病院又は診療所の名称 〇〇クリニック 所 在 地 〇〇県 〇〇市 〇〇 △△番地 電 話 番 号 （ 〇〇 ） 〇〇 - 〇〇 〇〇 〇〇 診 療 担 当 科 名 呼吸器内科 科 第15条指定医師氏名 〇〇 〇〇 （署名又は記名押印） ※訂正がある場合は、訂正印等をお願いします。				
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。（ 3 級相当 ） ☐・該当しない。				

（注意）

- 原因となった疾病・外傷名には、原因疾患の明らかなものは、「肺結核」「肺気腫」等できる限り正確に記載してください。原因疾患の複数にわたるものは個別に列記し、また、肺機能、呼吸筋機能等の区別が明確になるよう記載してください。
- 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

