

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

総括表

氏 名	年 月 日 生 () 歳	男 ・ 女
住 所		
① 障害名（部位を明記）		
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 参考となる経過及び現症（エックス線写真及び検査所見を含みます。）		
障害固定又は障害確定（推定）		
年 月 日		
⑤ 総合所見		
[軽減化による再認定 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、併せて以下の意見を付します。		
年 月 日		
病院又は診療所の名称		
電 話 ()		
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		
※「該当する」「該当しない」の選択及び意見等級は、必ず記入してください。		
注 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 総合所見には、今後の症状変動の可能性（重度化・軽減化）や、軽減化による再認定の必要性（必要な場合はその時期）も必ず記入してください。		
3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記入内容について問い合わせる場合があります。		
4 程度変更に伴う再申請については、新しく追加となる障害内容の記入のみではなく、現在の手帳の障害内容についても障害が存在していれば、併せて診断書に記入してください。		

② 経腸栄養法：

・開 始 日 年 月 日
・カテーテル留置部位 _____
・最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
・療 法 の 連 続 性 (持 続 的 ・ 間 欠 的)
・熱 量 (1日当たり kcal)

③ 経口摂取：

・摂 取 の 状 態 (普通食、軟食、流動食、低残渣食)
・摂 取 量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状：（下痢、軟便、正常）、排便回数（1日 回）

5 検査所見（測定日 年 月 日）

赤 血 球 数	/mm ³	血 色 素 量	g/dl
血 清 総 蛋 白 濃 度	g/dl	血 清 アル ブ ミ ン 濃 度	g/dl
血 清 総 コ レ ス テ ロ ール 濃 度	mg/dl	中 性 脂 肪	mg/dl
血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度	mEq/l	血 清 カ リ ウ ム 濃 度	mEq/dl
血 清 ク ロ ール 濃 度	mEq/l	血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度	mEq/l
血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度	mEq/l		

注 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいいます。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとします。

3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいいます。

4 小腸切除（等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。）又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要します。

5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとします。