

身体障がい者診断書・意見書（ぼうこう又は直腸の機能障がい用）

氏名	年 月 日生		男・女
住所			
1 障がい名(部位を明記) ぼうこうの機能障がい・直腸の機能障がい	5	5	0
	5	6	0
2 原因となった 疾病・外傷名	10 交通、 50	20 労災、 60	30 その他の事故、 70
	40 戦災、 80	戦傷 その他( )	
3 疾病・外傷発生日	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。)			
障がい固定又は障がい確定(推定)			年 月 日
5 総合所見			
(将来再認定 要 (重度化・その他) 不要) 再認定年月 年 月			
6 その他の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。			
年 月 日			
勤務先 (所在地・名称・電話番号)			
診療担当科名	科	身体障害者福祉法 第15条指定医師氏名	㊟
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障がい程度等級についても参考意見を記入]			
障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに			
・該当する ( 級相当)			
・該当しない			

- 〔注意〕
- 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳血管障がい、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。
  - 障がい区分や等級決定のため、和泉市から改めて診断内容についてお問い合わせする場合があります。



2 直腸機能障がい

腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
- 空腸・回腸ストマ
  - 上行・慣行結腸ストマ
  - 下行・S状結腸ストマ
  - その他 [                      ]
- ② 術式: [                      ]
- ③ 手術日: [                      ]

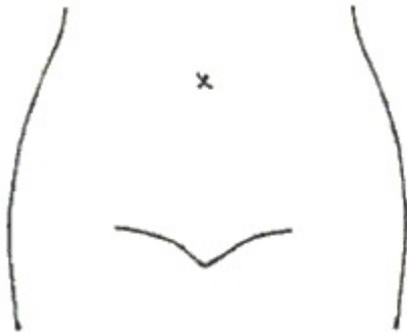
(2) ストマにおける排便処理の状態

- 長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

有 (理由)

- 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)
- ストマの変形
- 不適切な造設箇所

無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

- ① 放射線障がい
- 疾患名: [                      ]
- ② その他
- 疾患名: [                      ]

(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

大部分

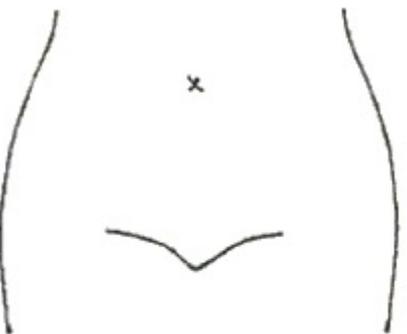
一部分

(2) 瘻孔の数: [                      ] 個

(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

- 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)

- その他 [                      ]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

