

身体障害者診断書・意見書〔視覚障害用〕

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 傷病・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・現症(エックス線および検査所見を含む。) | | | | |
| 障害固定または障害確定(推定) 年 月 日 | | | | |
| ⑤総合所見 | | | | |
| <table border="1"> <tr> <td>将来再認定 次期再認定日</td> <td>要 ・ 不要 年 月</td> </tr> </table> | | | 将来再認定 次期再認定日 | 要 ・ 不要 年 月 |
| 将来再認定 次期再認定日 | 要 ・ 不要 年 月 | | | |
| ⑥その他参考となる合併症状 | | | | |
| <p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>年 月 日</p> <p>病院または診療所の名称</p> <p>所 在 地</p> <p>診療担当科名 科 医師氏名 印</p> | | | | |
| <p>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]</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・該当する () 級相当) ・該当しない | | | | |
| <p>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、心臓機能障害などを記入し、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下さい。</p> <p>2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p> | | | | |