

氏 名				生年 月 日	年 月 日（ ）歳	性別	男・女										
住 所						TEL											
①障害名（部位を明記）																	
注意 1 障害名には以下の（ ）内の具体的な障害名（部位を明記）を記載してください。 例）視覚障害（両眼失明・視野狭窄・視野欠損等）、聴覚障害（両耳全ろう・語音明瞭度著障等）、平衡機能障害（中枢性平衡失調等）、音声機能障害（喉頭摘出・発声筋麻痺等）、言語機能障害（ろうあ・聴あ等）、上肢機能障害（右肩関節機能全廃・左手指欠損等）、下肢機能障害（右足部欠損・左膝関節著障等）、右半身麻痺、体幹機能障害、脳原性運動機能障害（上肢・移動）、内部障害（心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障害等）を記入して下さい。「指定医師必携障害名記載例参照」																	
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 疾病、先天性、その他（ ）													
注意 2 疾病・外傷名には、視覚障害（緑内障等）、聴覚・平衡機能障害（先天性難聴・メニエール病等）、音声・言語・そしゃく機能障害（咽頭腫瘍・脳血管疾患等）、肢体不自由（脳血管疾患・脳性麻痺・関節リウマチ等）、内部障害（心室中隔欠損・慢性腎炎・肺炎腫・膀胱腫瘍・直腸腫瘍・特発性仮性腸閉塞症等）の原因となった疾病・外傷名を記載して下さい。「指定医師必携疾病・外傷名記載例参照」																	
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。）																	
障害固定又は障害確定（推定）： 年 月 日																	
⑤総合所見																	
【将来再認定：要（軽度化・重度化）（再認定の時期 年 月 日）・不要】																	
⑥その他参考となる合併症状																	
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載すること〕																	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に						内訳（肢体・脳原性要記載）											
・該当する（ 級相当） ・該当しない						右		左		両							
						上肢		級		級		級					
						下肢		級		級		級					
						体 幹		級		脳原 上肢		級		脳原 移動		級	
上記のとおり診断する。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 電 話 番 号 診療担当科名 科 医師氏名																	
注意 3. 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」(第6号様式(15))を添付してください。 4. 障害区分や等級決定のため、沖縄県身体障害者更生相談所から診断内容等についてお問い合わせする場合があります。																	

- ・「ぼうこう機能障害」、「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- ・1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記述すること。
- ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

☐ その他

[]

☐ 腸管のストマ

□ 腸管のストマ

☐ 永久ストマ

☐ 一時的（将来閉鎖予定有）ストマ

☐ その他 ()

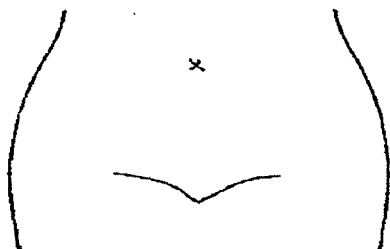
(2) ストマにおける排便処理の状態

①種類

- ☐ 空腸・回腸ストマ
☐ 上行・横行結腸ストマ
☐ 下行・S状結腸ストマ
☐ その他〔 〕

②術式：〔 〕

③手術日：〔 年 月 日 〕



(ストマ及びびびらの部位等を図示)

○ 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

□ 治癒困難な腸癰

(1) 原因

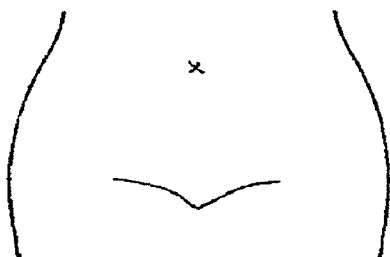
① 放射線障害

□ 疾患名：〔 〕

② その他

□ 疾患名：〔 〕

(2) 瘦孔の数 : [個]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

☐ 大部分

□ 一部分

(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☐ 高度の排便機能障害

(1) 原因

☐ 先天性疾患に起因する神経障害

[]

(例：二分脊椎 等)

☐ その他

□ 先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日：〔 年 月 日 〕

☐ 小腸肛門吻合術

手術日：〔 年 月 日 〕

(2) 排便機能障害の状態・対応

☐ 完全便失禁

☐ 軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある

☐ 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

☐ その他

[]

3 障害程度の等級

(1 級に該当する障害)

- ☐ 腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態にあるもの
- ☐ 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- ☐ 尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- ☐ 尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- ☐ 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3 級に該当する障害)

- ☐ 腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せもつもの
- ☐ 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- ☐ 尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの
- ☐ 尿路変向（更）のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- ☐ 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- ☐ 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4 級に該当する障害)

- ☐ 腸管又は尿路変向（更）のストマをもつもの
- ☐ 治癒困難な腸瘻があるもの
- ☐ 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの