

身体障害者診断書・意見書(小腸機能障害用)

(第9条関係)

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																																
・該当する (級相当)																																
・該当しない																																
<table border="1"><thead><tr><th colspan="2"></th><th colspan="3">内訳(肢体・脳原性要記載)</th></tr><tr><th></th><th></th><th>右</th><th>左</th><th>両</th></tr></thead><tbody><tr><td>上肢</td><td>級</td><td>級</td><td>級</td><td>級</td></tr><tr><td>下肢</td><td>級</td><td>級</td><td>級</td><td>級</td></tr><tr><td>体幹</td><td>級</td><td>脳原 上肢</td><td>級</td><td>脳原 移動</td><td>級</td></tr></tbody></table>									内訳(肢体・脳原性要記載)					右	左	両	上肢	級	級	級	級	下肢	級	級	級	級	体幹	級	脳原 上肢	級	脳原 移動	級
		内訳(肢体・脳原性要記載)																														
		右	左	両																												
上肢	級	級	級	級																												
下肢	級	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。																																

身長 c m 體重 k g 體重減少率 %

(觀察期間)

(1) 手術所見：・切除小腸の部位 長さ_____cm
・残存小腸の部位 長さ_____cm

(できれば手術記録の写を添付する) >

推定残存小腸の長さ、その他の所見

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1 及び 2 が併存する場合はその旨を併記すること。

病变部位 

① 中心靜脈營養法：

・開 始 日 年 月 日

・カテーテル留置部位

・装具の種類

・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 ・ 間歇的)

・熱 量 (1日当たり Kcal)

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 ・ 間歇的)		
・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/l
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、腸管膜附着部の距離をいう。

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する。

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う。

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する。

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、それ以外的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する。