

身体障がい者診断書・意見書（小腸機能障がい用）

総括表

氏名	大正 昭和 平成 令和	年	月	日生	男・女
(歳)					
住所					
①障がい名（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・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・不要)					
(再認定の時期 年 月)					
⑥その他参考となる合併症状					
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。					
年 月 日					
病院又は診療所の名称					
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（障がい程度等級についても参考意見を記入すること。）					
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 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼視力障がい、両耳ろう、右上下肢麻痺、 心臓機能障がい等を記入し、「②原因となった疾病・外傷名」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 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。					
3 障がい区分や等級決定のため、宮崎市社会福祉審議会から改めて次項以降の部分について お問合わせをする場合があります。					

(2) 経腸栄養法

ア 開始日 年 月 日
イ カテーテルの留置部位 _____
ウ 最近6か月間の実施状況 (日間)
エ 療法の連続性 (持続的・間欠的)
オ 1日当たり熱量 (kcal)

(3) 経口摂取

ア 摂取の状態 (普通食・軟食・流動食・低残渣食)
イ 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)

ア 赤血球数 /mm³
イ 血清総蛋白濃度 g/dl
ウ 血清総コレステロール濃度 mg/dl
エ 血清ナトリウム濃度 mEq/l
オ 血清クロール濃度 mEq/l
カ 血清カルシウム濃度 mEq/l
キ 血色素量 g/dl
ク 血清アルブミン濃度 g/dl
ケ 中性脂肪 mg/dl
コ 血清カリウム濃度 mEq/l
サ 血清マグネシウム濃度 mEq/l

(注) 1 手術時の残存小腸の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。

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がい(障がい程度については再認定を要する)。

5 障がい認定の時期は、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がいの場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。