

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

氏 名	<small>明治 大正 昭和 平成 令和</small>	年 月 日生	男 ・ 女
住 所			
① 障害名（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 ・ 不要〕 (再認定の時期 令和 年 月)	
⑥ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断し、併せて次の意見を付する。			
令和 年 月 日		<small>病院又は診療所の名称 所 在 地 電 話 番 号 診療担当科名 氏 名</small>	
		科	
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に [障害部位ごとの等級, 障害の内容及び指数についての参考意見]			
		・ 該当する (級相当) ・ 該当しない	
障 害 部 位	等 級	障 害 の 内 容	指 数
総 合	級	合 計	点
注意 1 この書類は、身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師が作成すること。 2 この書類には、障害の種類に応じて知事が別に定める様式による障害の状況及びこれに係る所見を記載した書類を添付すること。			

