

第6号様式（第10条関係）

身体障害者診断書・意見書

| | | | | | |
|--|--|--|-------------|----|-----|
| 氏名 | | 生年 月 日 | 年 月 日生 | 性別 | 男 女 |
| 住所 | | | | | |
| ① 障害名（部位を明記） | | | | | |
| ② 原因になった 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・外傷発生日 | | 年 月 日 | ④ 疾病・外傷発生場所 | | |
| ⑤ 参考になる経過・現症（レントゲン及び検査所見を含む。） | | | | | |
| 障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日 | | | | | |
| ⑥ 総合所見 | | | | | |
| 〔将来再認定 要（1年後・2年後・3年後・4年後・5年後・その他 年後）・不要〕 | | | | | |
| ⑦ その他参考になる合併症状 | | | | | |
| 上記のとおり診断します。併せて以下のとおり意見を付け加えます。 | | | | | |
| 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 [障害程度等級についても参考意見を記入してください。] | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 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、 心臓機能障害等を記入し、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 障害区分や等級決定のため、奈良県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分に ついて問合せを行う場合があります。 | | | | | |