

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう・直腸機能障害用）

総括表

氏名	年 月 日生	男女
住所		
障害名（部位を明記）		
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（ ）	
疾病・外傷発生日	年 月 日	場所
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		
総合所見		
[将来再認定：要（ 年 月）・不要]		
その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日		
病院又は診療所の名称 所在地	電話（ ）	
診療担当科名	科 医師氏名	印
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〕 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、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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 障害区分や等級決定のため、福島県地方社会福祉審議会から改めて別紙所見の部分について、お問い合わせする場合があります。		

ぼうこう・直腸機能障害の状況及び所見（全葉2枚中1枚目）

1. 種類・術式及び腸瘻の原因（該当するものの状態を記入すること。）

(1) 尿路変向（更）のストマ

種類	・腎瘻	・腎盂瘻
	・尿管瘻	・膀胱瘻
	・回腸（結腸）導管	
	・その他 []	
術式：	[]	
手術日：	[年 月 日]	

(2) 腸管のストマ

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 []
術式：	[]
手術日：	[年 月 日]

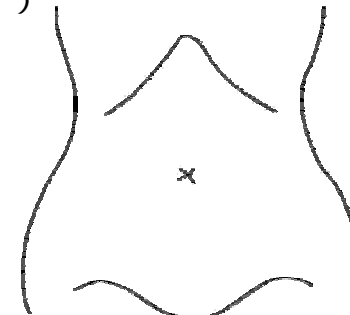
(3) 治療困難な腸瘻の原因

放射線障害	疾患名：	[]
	その他	
	疾患名：	[]

2. ストマにおける排尿・排便処理の状態

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選択すること。

- ・ 有（該当する箇所を で囲み図示すること。）
（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



3. 治療困難な腸瘻の状態

(1) 瘻孔の数： [個] ストマ・腸瘻及びびらんの部位等を図示

(2) 腸瘻からの腸内容の漏れの状態（該当する方を で囲むこと。）

- ・ 大部分
- ・ 一部分

(3) 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

[]

