身体障害者診断書・意見書（　ぼうこう又は直腸障害用　）

　　　総括表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 年　　　月　　　日生  （　　 　歳） | | 男・女 |
| 住　所 | | | |
| １　障害名（部位を明記） | | | |
| ２　原因となった　　　　　　　　　　　　交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災・  　　疾病・外傷名　　　　　　　　　　　　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　（時期　　　　　　年　　　月）　・　不要  ※将来障害の程度が改善する見込みがある場合、要に○を付け、それ以外は不要に○を付けてください。 | | | |
| 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　　　　　　　　　　　　　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　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　障害の種類ごとに市長が別に定める書類を添付してください。  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・意見書を添付してください。  ４　障害区分や等級決定のため、高松市社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。 | | | |

|  |
| --- |
| ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見  〔記入上の注意〕  　(１)　「ぼうこう機能障害・直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。  　(２)　１～３の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□に***レ***を入れ、必要事項を記述すること。  　(３)　障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。 |
| １　ぼうこう機能障害  　□　尿路変向（更）のストマ  　　(１)　種類・術式　　　　　　　　 　(２)　ストマにおける排尿処理の状態  　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　ア　長期にわたるストマ用装具の装  　　　　　　　□　腎瘻　　□　腎孟瘻　　 　着が困難な状態の有無について    　　　　　　　□　尿管瘻　□　ぼうこう瘻  　ア　種類　　　　　　　　　　　　　　　　 □　有  　　　　　　　□　回腸（結腸）導管　　　　　 　（理由）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □　軽快の見込みのないスト  　　　　　　　□　その他〔　　　　　　　〕　　　 　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）。  　イ　術式：〔　　　　　　　　　　　　 　〕　　　 □　ストマの変形  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 □　不適切な造設箇所  　ウ　手術日：〔　　　　年　　月　　日〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□　無  　（ストマ及びびらんの部位等を図示）  　□　高度の排尿機能障害  　　(１)　原因　　　　　　　　　　　　　　(２)　排尿機能障害の状態・対応  　　　□　神経障害  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　カテーテルの常時留置  　　　　□　先天性：〔　　　　　　〕  　　　　　　　　　（例：二分脊椎等）　　　　□　自己導尿の常時施行  　　　　□　直腸の手術　　　　　　　　　　　□　完全尿失禁  　　　　　・　術式：〔　　　　　　　　〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□　その他  　　　　　・　手術日：〔　　年　 月　 日〕  　　　□　自然排尿型代用ぼうこう  　　　　・　術式：〔　　　　　　　　〕  　　　　・　手術日：〔 　 年　 月　 日〕 |

|  |
| --- |
| ２　直腸機能障害  　□　腸管のストマ  　　(１)　種類・術式　　　　　　　　 　　(２)　ストマにおける排便処理の状態  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　ア　長期にわたるストマ用装具の装  　　　　　　　　□　空腸・回腸ストマ　　　 　　着が困難な状態の有無について    　　　　　　　　□　上行・横行結腸ストマ  　　　ア　種類　　　　　　　　　　　　　 　　□　有  　　　　　　　　□　下行・Ｓ状結腸ストマ　　　　 （理由）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□　軽快の見込みのないス  　　　　　　　　□　その他〔　　　　　　　〕　　 　　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）。  　イ　術式：〔　　 　　　　　　　　　　　〕　　　 　□　ストマの変形  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□　不適切な造設箇所  　ウ　手術日：〔　　　　年　　月　　日〕  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　□　無  　　（ストマ及びびらんの部位等を図示）  　□　治癒困難な腸瘻  　　(１)　原因　　　　　　　　　　　　 　(３)　腸瘻からの腸内容の洩れの状態  　　　ア　放射線障害　　　　　　　　　 　　□大部分  　　　　□　疾患名：〔　　　　　　〕　　 　 □一部分  　　　イ　その他  　　　　□　疾患名：〔　　　　　　〕　　 (４)　腸瘻における腸内容の排泄処理　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 の状態  　　(２)　瘻孔の数：〔　　　　　　個〕　　 □　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    　　　（腸瘻及びびらんの部位等を図示） |
| □　高度の排便機能障害  　(１)　原因　　　　　　　　　　　　 　　(２)　排便機能障害の状態・対応  　　□　先天性疾患に起因する神経障害　　 　□　完全便失禁    　　〔　　　　　　　　　　　　　　　〕　 　□　軽快の見込みのない肛門周辺の　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 皮膚の著しいびらんがある  　　　　　　　　　　（例：二分脊椎等）  　　□　その他  　　　□　先天性鎖肛に対する肛門形成術　 　□　週に２回以上の定期的な用手  　　　　　手術日：〔　　年　 月　 日〕　　　　 摘便が必要  　　　□　小腸肛門吻合術　　　　　　　　 □　その他  　　　　　手術日：〔　　年　 月　 日〕 |
| ３　障害程度の等級  （１級に該当する障害）  　□　腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの  　□　腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの  　□　尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの  　□　尿路変向（更）のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの  　□　治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの  （３級に該当する障害）  　□　腸管のストマに尿路変向（更）のストマを併せ持つもの  　□　腸管のストマを持ち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの  　□　尿路変向（更）のストマに治癒困難な腸瘻を併せ持つもの  　□　尿路変向（更）のストマを持ち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの  　□　治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの  　□　高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの  （４級に該当する障害）  　□　腸管又は尿路変向（更）のストマを持つもの  　□　治癒困難な腸瘻があるもの  　□　高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの |