

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう又は直腸機能障害用）

総括表

氏名	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		外傷・疾病 先天性・その他（ ）
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日		
④ 参考となる経過・現症（画像診断及び検査所見を含む。）		
<p style="text-align: right;">ストマ造設年月日 年 月 日 障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日</p>		
⑤ 総合所見（再認定の項目も記入）		
<p style="text-align: right;">〔将来再認定 要（軽度化・重度化） ・ 不要〕 〔再認定の時期 1年後 ・ 3年後 ・ 5年後〕</p>		
⑥ その他参考となる合併症状		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>病院又は診療所の名称 電話 （ ）</p> <p>所 在 地</p> <p>診 療 担 当 科 名 科 医師氏名 印</p>		
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 <ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する。 ・ 該当しない。 	障害程度等級についての参考意見 <p style="text-align: right;">級相当</p>	

注 障害区分や等級決定のため、八王子市から改めて問い合わせる場合があります。

2 直腸機能障害

□ 腸管のストマ

(1) 種類、術式等

ア 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 ()

イ 術式 ()

ウ 手術日 (年 月 日)

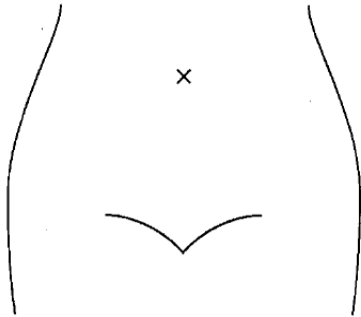
(2) ストマにおける排便処理の状態 (長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無)

有 (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 (部位及び大きさについて図示)

ストマの変形

不適切な造設箇所



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

無

□ 治癒困難な腸瘻

(1) 原因

ア 放射線障害
 疾患名 ()

イ その他
 疾患名 ()

(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

大部分

一部分

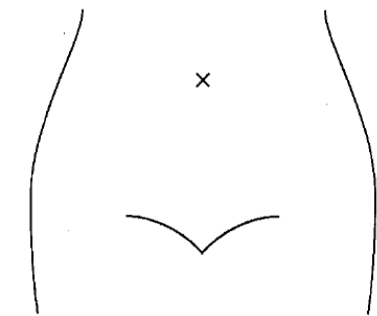
(2) 瘻孔の数 (個)

(4) 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 (部位及び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)

