

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

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。）		
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日		
⑤ 総合所見（再認定の項目も記入）		
[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]		
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 電話 （ ） 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。 ・ 該当しない。	障害程度等級についての参考意見 級相当	

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 経腸栄養法

- ・開 始 日 年 月 日
- ・カテーテル留置部位 ()
- ・最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
- ・療法の連続性 (持 続 的 ・ 間 歇 的)
- ・熱 量 (1日当たり K c a l)

③ 経口摂取

- ・摂 取 の 状 態 (普通食、軽食、流動食、低残渣食)
- ・摂 取 量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状 (下痢、軟便、正常) 排便回数 (1日 回)

5 検査所見 (測定日 年 月 日)

赤 血 球 数	/mm	血 色 素 量	g/dℓ
血 清 総 蛋 白 濃 度	g/dℓ	血 清 ア ル ブ ミ ン 濃 度	g/dℓ
血 清 総 コ レ ス テ ロ ール (濃度)	mg/dℓ	中 性 脂 肪	mg/dℓ
血 清 ナ ト リ ウ ム 濃 度	mE q/ℓ	血 清 カ リ ウ ム 濃 度	mE q/ℓ
血 清 ク ロ ール 濃 度	mE q/ℓ	血 清 マ グ ネ シ ウ ム 濃 度	mE q/ℓ
血 清 カ ル シ ウ ム 濃 度	mE q/ℓ		

(注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。

3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。

4 小腸切除(等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。

5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。