

身体障がい者診断書・意見書 ( ぼうこう直腸機能 ) 障がい用

高度の排便機能障がい

(1) 原因

(2) 排便機能障がいの状態・対応

先天性疾患に起因する神経障がい

[ ]

(例：二分脊椎 等)

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術

手術日：[ 年 月 日]

小腸肛門吻合術

手術日：[ 年 月 日]

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

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

[ ]

3 障がい程度の等級

(1級に該当する障がい)

腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもち、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

腸管のストマをもち、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がいがあるもの

尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、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)のストマをもち、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便機能障がいがあるもの

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がいがあるもの

(3級に該当する障がい)

腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの

腸管のストマをもち、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がいがあるもの

尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの

尿路変向(更)のストマをもち、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便機能障がいがあるもの

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がいがあるもの

高度の排尿機能障がいがあり、かつ、高度の排便機能障がいがあるもの

(4級に該当する障がい)

腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの

治癒困難な腸瘻があるもの

高度の排尿機能障がい又は高度の排便機能障がいがあるもの

氏名	年 月 日生 ( )歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所		
① 障がい名(部位を明記)		
② 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、自然災害、疾病、先天性、その他( )
③ 疾病、外傷発生日		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。)		
		障がい固定又は障がい確定(推定) 年 月 日
⑤ 総合所見		
		[将来再認定 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要] [再認定の時期 年 月]
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		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障がい程度等級についても参考意見を記入〕		
障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに		等級表による個別等級
・ 該当する ( 級相当)		部位 等級
・ 該当しない		
注意 1 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、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 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」(別紙2(その2))を添付してください。 3 障がい区分や等級決定のため、豊田市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する場合があります。		

