

第六号様式（第八条）

身体障害者診断書・意見書（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 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・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 担当診療科名 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、現在起っている障害、例えば両耳ろう、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、先天性難聴、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 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）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」（別様式）を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせする場合があります。		

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

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 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・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 担当診療科名 科 医師氏名 ㊟		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 等級表による個別等級		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	部 位	等 級
・該当する（ 級相当）	上 肢	
・該当しない	下 肢	
	体 幹	
注		
1 障害名には、現在起っている障害、例えば右上下肢麻痺等を記入し、原因となった疾病には、脳卒中等原因となった疾患名を記入してください。		
2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。		
3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせる場合があります。		

身体障害者診断書・意見書（脳原性運動機能障害用）

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 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・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 担当診療科名 科 医師氏名 ㊟										
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 等級表による個別等級										
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に	<table border="1"> <tr> <th>部 位</th> <th>等 級</th> </tr> <tr> <td>両上肢</td> <td></td> </tr> <tr> <td>上 肢</td> <td>(左・右)</td> </tr> <tr> <td>移動機能</td> <td></td> </tr> </table>		部 位	等 級	両上肢		上 肢	(左・右)	移動機能	
部 位	等 級									
両上肢										
上 肢	(左・右)									
移動機能										
・該当する（ 級相当） ・該当しない										
注										
1 障害名には、現在起っている障害、例えば上下肢麻痺等を記入し、原因となった疾病には、脳性麻痺等原因となった疾患名を記入してください。										
2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。										
3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせする場合があります。										

身体障害者診断書・意見書（視覚障害用）

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 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・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 担当診療科名 科 医師氏名 ㊟								
身体障害者福祉法第 15 条第 3 項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 等級表による個別等級 <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">部 位</th> <th style="width: 50%;">等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>視 力</td> <td></td> </tr> <tr> <td>視 野</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 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			部 位	等 級	視 力		視 野	
部 位	等 級							
視 力								
視 野								
注 1 障害名には、現在起っている障害、例えば視力障害等を記入し、原因となった疾病には、糖尿病性網膜症等原因となった疾患名を記入してください。 2 「障害の状態及び所見を記載した書面」（別様式）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて問い合わせる場合があります。								