

総括表

身体障害者診断書・意見書（呼吸器機能障害用）

氏名	大昭 平令	年 月 日生 () 歳	男・女
住所			
1 障害名(部位を明記)	呼吸器機能障害		
2 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、疾病、 自然災害、先天性、その他()		
3 疾病・外傷発生年月日	昭 平令	年 月 日	場所
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) 昭 平令 年 月 日			
5 総合所見(障害認定に必要な事項、臨床症状、日常生活活動の制限、将来再認定について明記)			
【 将来再認定： 不要 ・ 要（軽度化・重度化）⇒ 再認定時期： 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記する。			
令和 年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所在地			
電話番号 () -			
診療担当科名 科 第15条指定医師氏名			
(署名又は記名押印)			
※訂正がある場合は、訂正印等をお願いします。			
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。			

(注意)

- 原因となった疾病・外傷名には、原因疾患の明らかなものは、「肺結核」「肺気腫」等できる限り正確に記載してください。原因疾患の複数にわたるものは個別に列記し、また、肺機能、呼吸筋機能等の区別が明確になるよう記載してください。
- 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

