

様式第2号の7(第3条関係)

じん

(表面)	のりづけ	(再交付の場合を除く。)	のりづけ
	写 真 (4cm×3cm) 脱帽のこと		写 真 (4cm×3cm) 脱帽のこと

写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。

身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 女
住 所	市 郡	町 村 番地
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, 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(軽度化・重度化)・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る。 年 月 日 病院又は診療所の名称 市 町 所 在 地 郡 村 番地 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1 障害名の欄には, 慢性じん不全等現在起こっている障害を記入し, 原因となった疾病・外傷名の欄には, 糖尿病性じん症等障害の原因となった疾病等を記入するとともに, 該当する事項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は()内に具体的に記入してください。) 2 障害区分や等級決定のため, 改めて状況及び所見についてお問い合わせする場合があります。		

