

呼	(1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(呼吸器機能障害用)

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 所 在 地	市 郡	町 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、呼吸器機能障害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、肺気腫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。		



