

<input type="checkbox"/> 高度の排便機能障害 (1) 原因 <input type="checkbox"/> 先天性疾患に起因する神経障害 [ _____ ] (例：二分脊椎 等) ② その他 <input type="checkbox"/> 先天性鎖肛に対する肛門形成術 手術日：[ _____ 年 _____ 月 _____ 日] <input type="checkbox"/> 小腸肛門吻合術 手術日：[ _____ 年 _____ 月 _____ 日]	(2) 排便機能障害の状態・対応 <input type="checkbox"/> 完全便失禁 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要 <input type="checkbox"/> その他 [ _____ ]
3. 障害程度の等級	
(1級に該当する障害) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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害があるもの <input type="checkbox"/> 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿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 <input type="checkbox"/> 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害があるもの <input type="checkbox"/> 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害があるもの  (3級に該当する障害) <input type="checkbox"/> 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの <input type="checkbox"/> 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害があるもの <input type="checkbox"/> 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの <input type="checkbox"/> 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの <input type="checkbox"/> 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害があるもの <input type="checkbox"/> 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの  (4級に該当する障害) <input type="checkbox"/> 腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの <input type="checkbox"/> 治癒困難な腸瘻があるもの <input type="checkbox"/> 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの	

様式第7号(その9)(第6条関係)

身体障害者診断書・意見書 (ぼうこう又は直腸機能障害用)

総括表

氏名	大正 昭和 平成 令和	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 ( ) 年後・不要]			
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 (印)			
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 障害名には、現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、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」(別様式)を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、岐阜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をする場合があります。			

