

指定医師が記入してください

様式第6号（第8条関係）

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

総括表

氏名	大正 昭和 平成 令和	年 月 日	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（エックス線写真および検査所見を含む。）			
障害固定または障害確定（推定） 年 月 日			
⑤ 総合所見			
[障害程度の改善の見込み 無・有] [時期： 年 月頃] ←			
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 病院または診療所の名称 所 在 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 1 障害名には現在起っている障害、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、滋賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせ する場合があります。			

② 経腸栄養法：

・開 始 日 年 月 日

・カテーテル留置部位 _____

・最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)

・療法の連続性 (持 続 的 ・ 間 歇 的)

・熱 量 (1日当たり Kcal)

③ 経口摂取：

・摂取の状態 (普通食 ・ 軟食 ・ 流動食 ・ 低残渣食)

・摂取量 (普通量 ・ 中等量 ・ 少量)

4 便の性状： (下痢 ・ 軟便 ・ 正常) 、 排便回数 (1日 回)

5 検査所見 (測定日 年 月 日)

赤 血 球 数	/mm ³	血 色 素 量	g/dℓ
血 清 総 蛋 白 濃 度	g/dℓ	血 清 アルブミン濃度	g/dℓ
血 清 総 コレステロール濃度	mg/dℓ	中 性 脂 肪	mg/dℓ
血 清 ナトリウム濃度	mEq/ℓ	血 清 カリウム濃度	mEq/ℓ
血 清 クロール濃度	mEq/ℓ	血 清 マグネシウム濃度	mEq/ℓ
血 清 カルシウム濃度	mEq/ℓ		

(注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たり熱量は、1週間の平均値によるものとする。

3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。

4 小腸切除 (等級表1級又は3級に該当する大量切除の場合を除く。)又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要する。

5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は6か月の観察期間を経て行うものとする。