

総括表

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                           |  |     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------|--|-----|----|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 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<br>疾病・外傷名                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                           |  | 部位  | 等級 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                           |  | 上肢  | 級- |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                           |  | 下肢  | 級- |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                           |  | 体幹  | 級- |
| 〔将来再認定 要（軽度化・重度化）・不要〕<br>〔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。<br><br>年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br><br>所 在 地<br>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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br><br>・該当する（ ）級相当<br><br>・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。<br>2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。<br>3 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（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。<br>4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。 |  |                                           |  |     |    |

