様式第12号（第５条関係）

**身体障害者診断書・意見書**(　小腸　機能障害用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | 年 | |  | 月 |  | | 日生( | | |  | | ）歳 | | | 男・女 | | |
| 住　所 | |  | | **静岡市** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | 障害名（部位も明記） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６ | 将来再認定（障害程度の変化の見込み）　　　　　　　　　　　　　　要（時期　　　年　　　月）・　不 要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | 令和 | | |  | | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |
|  | 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すること。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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　障害名欄には現在起っている障害（両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等）を記入してください。  ２　原因となった疾病・外傷名欄には、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。  ３　障害区分や等級決定のため、静岡市健康福祉審議会から改めて別紙1から別紙13までについて、問い合せする場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

別紙10

　小腸の機能障害の状況及び所見

|  |
| --- |
| （該当するものを○で囲むこと。）  　身長　　　　　　cm　　体重　　　　　　kg　　体重減少率　　　　　　　　％  （観察期間　　　年　　　月から　　　年　　　月まで）  １　小腸切除の場合  （１）手術施行医療機関名  （２）手術所見（手術記録の写しを添付すること。）  　　ア　切除小腸の部位　　　　　　　　　　　　長さ　　　　cm  　　イ　残存小腸の部位　　　　　　　　　　　　長さ　　　　cm  （３）小腸造影所見（（２）が不明の場合）  　　　推定残存小腸の長さその他の所見（小腸造影の写しを添付すること。）  ２　小腸疾患の場合  　　病変部位、範囲その他の参考となる所見（１及び２が併存する場合は、その旨を併記すること。）  　　参考図示    切除部位  病変部位  ３　栄養維持の方法  （１）中心静脈栄養法  　　ア　開始日　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日  　　イ　カテーテル留置部位  　　ウ　装具の種類  　　エ　最近６箇月間の実施状況　　　　　　　（最近６箇月間に　　　　 日間） |
| オ　療法の連続性　　　　　　　　　（ 持続的・間欠的 ）  　　カ　熱量　　　　　　　　　（１日当たり　　　　　　　kcal）  （２）経腸栄養法  　　ア　開始日　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　イ　カテーテル留置部位  　　ウ　最近６箇月間の実施状況　　　　　　 （最近６箇月間に　　　　　日間）  　　エ　療法の連続性　　　　　　　　　（ 持続的・間欠的 ）  　　オ　熱量　　　　　　　　　（１日当たり　　　　　　　kcal）  （３）経口摂取  　　ア　摂取の状態　　　　　（普通食・軟食・流動食・低残渣食）  　　イ　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）  （１）赤血球数　　　　　　　　　　　　　／mm3  （２）血色素量　　　　　　　　　　　　 g／dl  （３）血清総たんぱく濃度　　　　　　　　　　　　 g／dl  （４）血清アルブミン濃度　　　　　　　　　　　　 g／dl  （５）血清総コレステロール濃度　　　　　　　　　　　　mg／dl  （６）中性脂肪　　　　　　　　　　　　mg／dl  （７）血清ナトリウム濃度　　　　　　　　　　　 mEq／l  （８）血清カリウム濃度　　　　　　　　　　　 mEq／l  （９）血清クロール濃度　　　　　　　　　　　 mEq／l  （10）血清マグネシウム濃度　　　　　　　　　　　 mEq／l  （11）血清カルシウム濃度　　　　　　　　　　　 mEq／l  （注意）  　１　手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。  　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。 |