総括表　　身体障害者診断書・意見書(小腸機能障害用)

氏　名	明治 大正 昭和 平成　　年　　月　　日生	男　・　女
住　所		
①　障害名(部位を明記)　　小腸機能障害		
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　　平成　　年　　月　　日・場所		
④　参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む) 障害固定又は障害確定(推定)　平成　　年　　月　　日		
⑤　総合所見 〔将来再認定〕 □　軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期　平成　　年　　月 □　再認定は不要		
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。

平成　　年　　月　　日

診療担当科名　　科　　15条指定医師氏名　　印

病院又は診療所の名称

所　在　地　〒

電　話　番　号

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、＿＿＿＿＿＿級相当に（身体障害者福祉法別表に掲げる障害に）該当する。

注意　１　原因となった疾病・外傷名欄には、小腸間膜血管閉塞症、クローン病等原因となった疾患名を記入してください。

２　治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。

３　障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

小腸の機能障害の状況及び所見

身長＿＿＿＿＿＿cm

体重＿＿＿＿＿＿kg

体重減少率＿＿＿＿＿＿％（観察期間　：平成　　年　　月　～　平成　　年　　月）

1　小腸切除の場合

（1）　手術所見：切除小腸の部位＿＿＿＿＿＿長さ＿＿＿＿＿＿cm

残存小腸の部位＿＿＿＿＿＿長さ＿＿＿＿＿＿cm

手術施行医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（できれば手術記録の写を添付する）

（2）　小腸造影所見（（1）が不明のとき）※小腸造影の写を添付する。

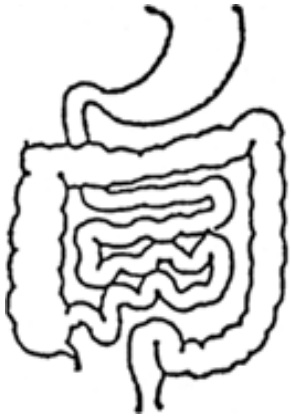
（推定残存小腸の長さ、その他の所見）

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）

（注）　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(該当項目に○をする)

①　中心静脈栄養法：

- 開　　始　　日　　(平成　　年　　月　　日)
- カテーテル留置部位　　(　　)
- 装　具　の　種　類　　(　　)
- 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　・　間欠的　)
- 熱　　量　　(１日当たり　　Kcal)

②　経腸栄養法：

- 開　　始　　日　　(平成　　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　・　間欠的　)
- 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　平成　　年　　月　　日)

赤　血　球　数	10^4／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／1	血清カリウム濃度	mEq／1
血清クロール濃度	mEq／1	血清マグネシウム濃度	mEq／1
血清カルシウム濃度	mEq／1		

(注)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一日当たり熱量は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か月間の観察期間を経て行うものとする。