



## 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 平成 大正 令和 昭和	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・外傷発生日	平成・令和	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・令和 年 月 日					
⑤	総合所見				
〔将来再認定〕					
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 令和 年 月					
<input type="checkbox"/> 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。					
令和 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・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 ~ 平成・令和 \_\_\_\_\_ 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・令和 年 月 日)
- ・ カテーテル留置部位 ( )
- ・ 器具の種類 ( )
- ・ 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日あたり Kcal)

② 経腸栄養法:

- ・ 開始日 (平成・令和 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日あたり 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 令和 年 月 日)

赤血球数	$10^4/\text{mm}^3$	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一日あたり熱量は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。