Ⅱ　診断書・意見書様式

総括表　　身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

氏　名	年　月　日生	男　・　女
住　所		
①　障害名(部位を明記)　□視力障害 □視野障害 □視力・視野障害		
②　原因となった疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他(　　)	
③　疾病・外傷発生年月日	年　月　日・場所	
④　参考となる臨床経過・手術経過・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)　年　月　日		
⑤　総合所見（検査所見とADL所見との整合性等） 〔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　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。

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。

※早見表による根拠

障害部位	等級	項目	指数
視力障害			
視野障害			
合計			

注意　1　障害名欄には現在起こっている障害、例えば視力障害や視野障害等を選択し、原因となった疾病・外傷名欄には、糖尿病性網膜症、緑内障性視神経萎縮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。

視覚障害の状況及び所見

1　視　力

	裸　眼	矯　正
右	(　　×　　DCyl　　DAx　　)	
左	(　　×　　DCyl　　DAx　　)	

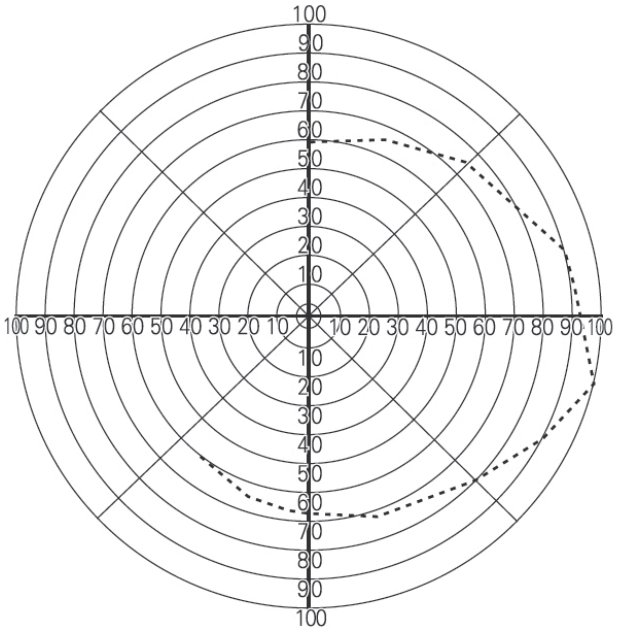
2　視　野（視標Ⅰ／4）

視野狭窄の別

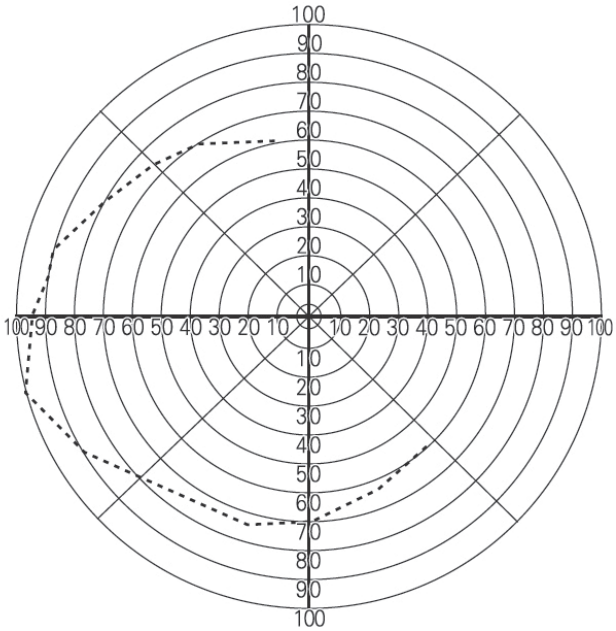
□　求心性	□　交叉性	□　半盲性	□　その他(　　)

※視標Ⅰ／4が測定不能の場合は、ゴールドマン視野検査結果（Ⅴ／4）の写しを添付すること。

右



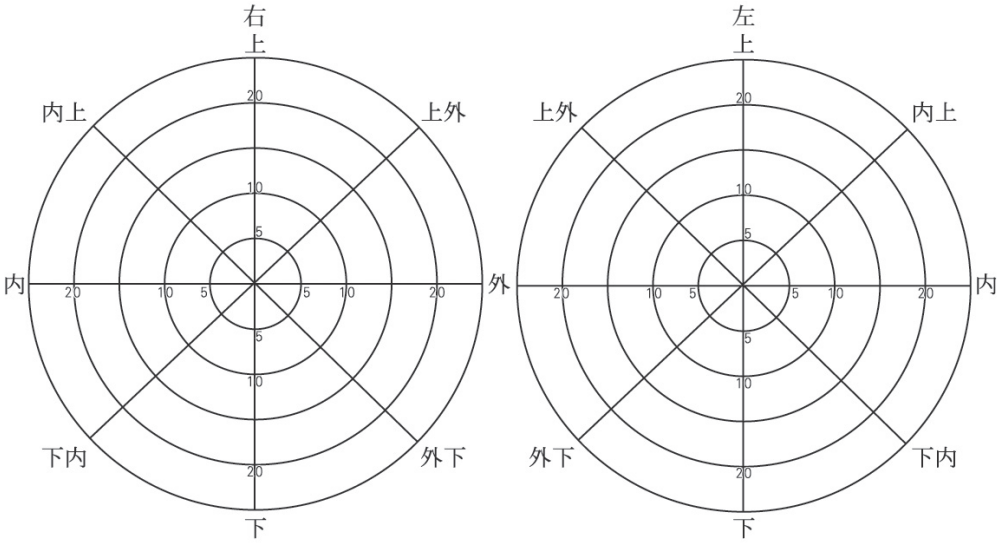
左



※視野障害の計測は点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

注）　視能率を測定するのは、求心性視野狭窄により両眼の中心視野がそれぞれⅠ／２の視標で10度以内の場合です（輪状暗点があるものについて、中心の残存視野がそれぞれⅠ／２の視標で10度以内のものも含む）。

３　中心視野（視標Ⅰ／２）



右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (①÷560×100)	% (100－②)

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (④÷560×100)	% (100－⑤)

$$\frac{(③と⑥のうち大きい方)+(③と⑥のうち小さい方)\times 3}{4}$$

両眼の損失率
%

４　現　症

	右	左
外　　眼		
中間透光体		
眼　　底		

５　手　術

手術予定	有（目的：　　） □ 視覚障害の軽減見込み無し	有（目的：　　） □ 視覚障害の軽減見込み無し

※手術予定がある場合、手術目的を記入すること（例：白内障、網膜剥離等）。
※手術により障害の軽減が見込まれる場合には、手術施行後の症状が安定した状態で記入すること。

総括表　　身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能障害用)

氏　名	年　　月　　日生	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 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)　　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　　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。

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。

※早見表による根拠

障害部位	等級	項目	指数
聴覚障害			
平衡機能障害			
音声機能障害			
言語機能障害			
そしゃく機能障害			
合　計			

※　音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については、指数合算による等級繰上げはできません。

注意　1　障害名欄には現在起こっている障害、例えば両感音性難聴等を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、先天性難聴等原因となった疾患名を記入してください。
2　口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害の場合は、「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　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。
4　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。

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

［はじめに］〈認定要領を参照のこと〉
　この診断書においては、以下の４つの障害区分のうち、認定を受けようとする障害について、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。
　なお、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合については、各々について障害認定することは可能であるが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意すること(各々の障害の合計指数をもって等級決定することはしない)。
　聴　覚　障　害　→　『１　「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。
　平 衡 機 能 障 害　→　『２　「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
　音声・言語機能障害　→　『３　「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
　そしゃく機能障害　→　『４　「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

１　「聴覚障害」の状態及び所見

（１）　聴力(会話音域の平均聴力レベル)

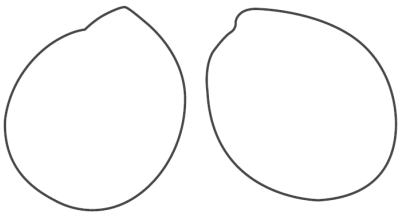
右	dB
左	dB

（２）　障害の種類

右	伝音性難聴		左	伝音性難聴
	感音性難聴			感音性難聴
	混合性難聴			混合性難聴

（３）　鼓膜の状態

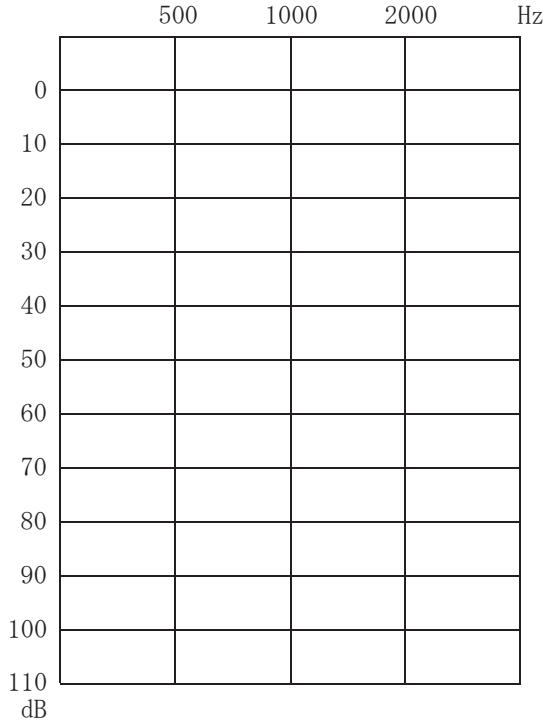
（右）　（左）



（４）　聴力検査の結果(アのみ又はア及びイの両方を記載すること)

ア　純音による検査

オージオメータの型式＿＿＿＿＿＿＿＿



イ　語音による検査

最高語音明瞭度

右	%	ｄＢ
左	%	ｄＢ

（５）身体障害者手帳（聴覚障害）の所持状況

□　有　　□　無

※聴覚障害で身体障害者手帳を所持していない者に対し、２級を診断する場合には、他覚的聴覚検査結果の写しを添付すること。

２　「平衡機能障害」の状態及び所見

（１）　平衡機能の状態

□　四肢体幹に器質的異常がなく他覚的に平衡機能障害を認める

□　その他　※(３)その他所見欄に記入

（２）　姿勢・歩行能力の状態

□　閉眼にて起立不能（３級相当）

□　開眼で直線歩行中 10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの（３級相当）

□　閉眼で直線歩行中 10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの（５級相当）

□　閉眼で 11m以上直線歩行が可能なもの（非該当）

（３）　その他の所見

〔　　〕

3　「音声・言語機能障害」の状態及び所見

（　※所見を記入　）

（1）　音声機能障害

音声を全く発することができないもの（3級）

□　無喉頭（喉頭摘出 等）
□　喉頭の障害又は形態異常
□　発声筋麻痺による音声機能喪失
□　その他（　　）

音声の障害のため、音声のみを用いて意思を疎通することが困難なもの（4級）

□　喉頭の障害又は形態異常
□　発声筋麻痺による音声機能障害
□　その他（　　）

※ 音声機能障害（4級）の場合は、「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動（場とレベル）の具体的状況例」を添付すること（表出面のみ記載）。

（2）　言語機能障害

言語機能を喪失したもの（家庭において、家族又は肉親との会話の用をなさないもの）（3級）

□　聴覚障害を伴う言語機能障害
□　運動障害性構音障害
□　器質性構音障害（唇顎口蓋裂等の後遺症によるものを含む）
□　失語症
□　その他（　　）

言語機能の著しい障害（家族又は肉親との会話は可能であるが、家庭周辺において他人にはほとんど用をなさないもの）（4級）

□　聴覚障害を伴う言語機能障害
□　運動障害性構音障害
□　器質性構音障害（唇顎口蓋裂等の後遺症によるものを含む）
□　失語症
□　その他（　　）

※ 言語機能障害の場合は、「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動（場とレベル）の具体的状況例」を添付すること。

4　「そしゃく機能障害」の状態及び所見

（1）　障害程度の等級

そしゃく・嚥下機能の障害（喪失）（3級）※経管栄養以外に方法のないもの

□　重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
□　延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの
□　外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
□　その他（　　）

そしゃく機能の著しい障害（4級）

□　重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
□　延髄機能障害（仮性球麻痺、血管障害を含む）及び末梢神経障害によるもの
□　外傷、腫瘍切除等による顎（顎関節を含む）、口腔（舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等）、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
□　口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの
□　その他（　　）

（２） 障害の程度及び検査所見

①そしゃく・嚥下機能の障害

a 障害の程度

□ 経口的に食物等を摂取できないため、経管栄養を行っている。

□ 経口摂取のみでは十分に栄養摂取ができないため、経管栄養を併用している。

□ 経口摂取のみで栄養摂取ができるが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限がある。

□ その他（ ）

b 各器官（口唇・下顎・舌・軟口蓋・咽喉頭等）の所見

（※異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。＜参考１＞）

c 嚥下状態の検査と所見

（※嚥下状態について詳細に記載すること。＜参考２＞
※検査方法：□ＶＦ □ＶＥ □その他（ ））

＜参考１＞ 各器官の観察点
○ 口唇・下顎：運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
○ 舌：形状、運動能力、反射異常
○ 軟口蓋：挙上運動、反射異常
○ 声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

＜参考２＞
○各器官の観察点
・口腔内保持の状態
・口腔から咽頭への送り込みの状態
・喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
・食道入口部の開大と流動物（bolus）の送り込み
○摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点
・摂取できる食物の内容（固形物、半固形物、流動食）
・誤嚥の程度（毎回、２回に１回程度、数回に１回、ほとんど無し）

②咬合異常

a 障害の程度

□ 著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする。

□ その他（ ）

b 咬合異常の程度（そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察すること）

c そしゃく機能（口唇・口蓋裂では上下顎の咬合関係や形態異常等を観察すること）

［記入上の注意］

（１） 聴力障害の認定に当たっては、JIS規格によるオージオメータで測定すること。
dB値は、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとした場合、$\frac{a+2b+c}{4}$の算式により算定すること。
100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして聴力レベルを算定すること。

（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）の提出を求めるものとすること。

（３） 小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動（場とレベル）の具体的状況例

〔 3級の欄の音声言語機能のレベルに該当すれば3級と判定する
3級の欄の項目が可能でも、4級の欄のレベルであれば4級と判定する 〕

※ それぞれの項目について、できる場合は（○）を、できない場合は（×）をご記入下さい。

障害等級	コミュニケーションのレベル / コミュニケーションの場	理解面	○×（理解面）	表出面	○×（表出面）
3級	本人 ↓↑ 家族	・本人や家族の名前がわかる		・本人、家族の名前が言える（通じる）	
		・住所がわかる		・住所が言える（通じる）	
		・日付、時間がわかる		・日付、時間、年齢が言える（通じる）	
		・部屋の中の物品を言われてわかる		・欲しい物品を要求できる（通じる）	
		・日常生活動作に関する指示がわかる〈風呂に入って、ＳＴに行って、薬を２錠飲んで･･･〉		・日常生活動作に関連する訴えができる（通じる）〈窓を開けて･･･〉 ・身体的訴えができる（通じる）	
4級	本人 ↓↑ 家族 周辺	・問診の質問が理解できる		・病歴、病状が説明できる（通じる）	
		・治療上の指示が理解できる〈ＰＴ、薬の飲み方･･･〉		・治療上のことについて、質問ができる（通じる） ・家族に内容を伝えることができる	
		・訪問者の用件がわかる		・訪問者に用件を質問できる（通じる） ・用件を家族に伝えることができる	
		・電話での話がわかる		・電話で応答できる ・家族に内容を伝えることができる〈いつ、誰、何、どこ〉 ・知り合いに電話をかけて用件を伝えることができる（通じる）	
		・尋ねた道順がわかる		・行先を言える（通じる） ・道順を尋ねることができる（通じる）	
		・おつかいができる〈どこで、何を、いくつ、いくら、誰に、いつ〉		・買物をことばでできる（通じる）〈何をいくつ、いくら〉	
		・家族以外の者から、日常生活動作について、質問されたり、指示されたりしたときに、理解できる		・家族以外の者に、日常生活動作に関することを説明することができる	

【特記事項】

年　　月　　日　　医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

総括表　　身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

氏　名	年　月　日生	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 疾病・先天性・その他(　　)	
③　疾病・外傷発生年月日	年　月　日・場所	

④　参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真・CT・MRI等を含む)

障害固定又は障害確定(推定)　　年　月　日

⑤　総合所見（脳血管疾患の場合は、部位及び大きさ・発生前後の身体状況の相違について記載)

〔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　　年　月

□　再認定は不要

人工関節置換術又は人工骨頭置換術日（　　年　月　日）

⑥　その他参考となる合併症状（認知症等、障害に影響する傷病)

上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。

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。

※早見表による根拠

障害部位	等級	項目	指数
合計			

注意　1　障害名欄には現在起こっている障害、例えば上肢機能障害（右手関節強直、右肩関節機能全廃 等）を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、慢性関節リウマチ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。

肢体不自由の状況及び所見

1　神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見(該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入)

（1）　感覚障害(下記図示)：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚

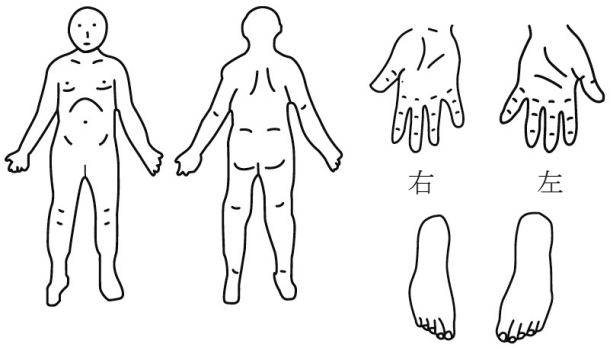
（2）　運動障害(下記図示)：なし・し緩性麻痺・けい性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・腱反射（亢進・減弱・消失)・病的反射・その他（　　）

（3）　起因部位　　：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他（　　）

（4）　排尿・排便機能障害：なし・あり

（5）　形態異常　　：なし・あり

参考図示



×変形　■切離断　▨感覚障害　▤運動障害

2　計　測

右		左
	上 肢 長cm	
	下 肢 長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
	握　　力kg	

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

上腕周径：最大周径

前腕周径：最大周径

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径

（小児等の場合は別記)

下腿周径：最大周径

上腕切断	健側上腕長cm	
	患側断端長cm	
大腿切断	健側大腿長cm	
	患側断端長cm	
下腿切断	健側下腿長cm	
	患側断端長cm	

計測法：

上腕切断：腋窩レベル～上腕断端までの距離

大腿切断：股レベル～大腿断端までの距離

下腿切断：内側膝関節裂隙～下腿断端までの距離

※　3、4、5については、壁づたい、つえ及び補装具等を使用しない場合での状況を記入すること。

3　歩行能力　　正常に可能　・　　m歩行可能　・　歩行不能

4　起 立 位　　正常に可能　・　　分間以上困難　・　不能

5　片脚での起立位保持　（ 可　・　不可 ）

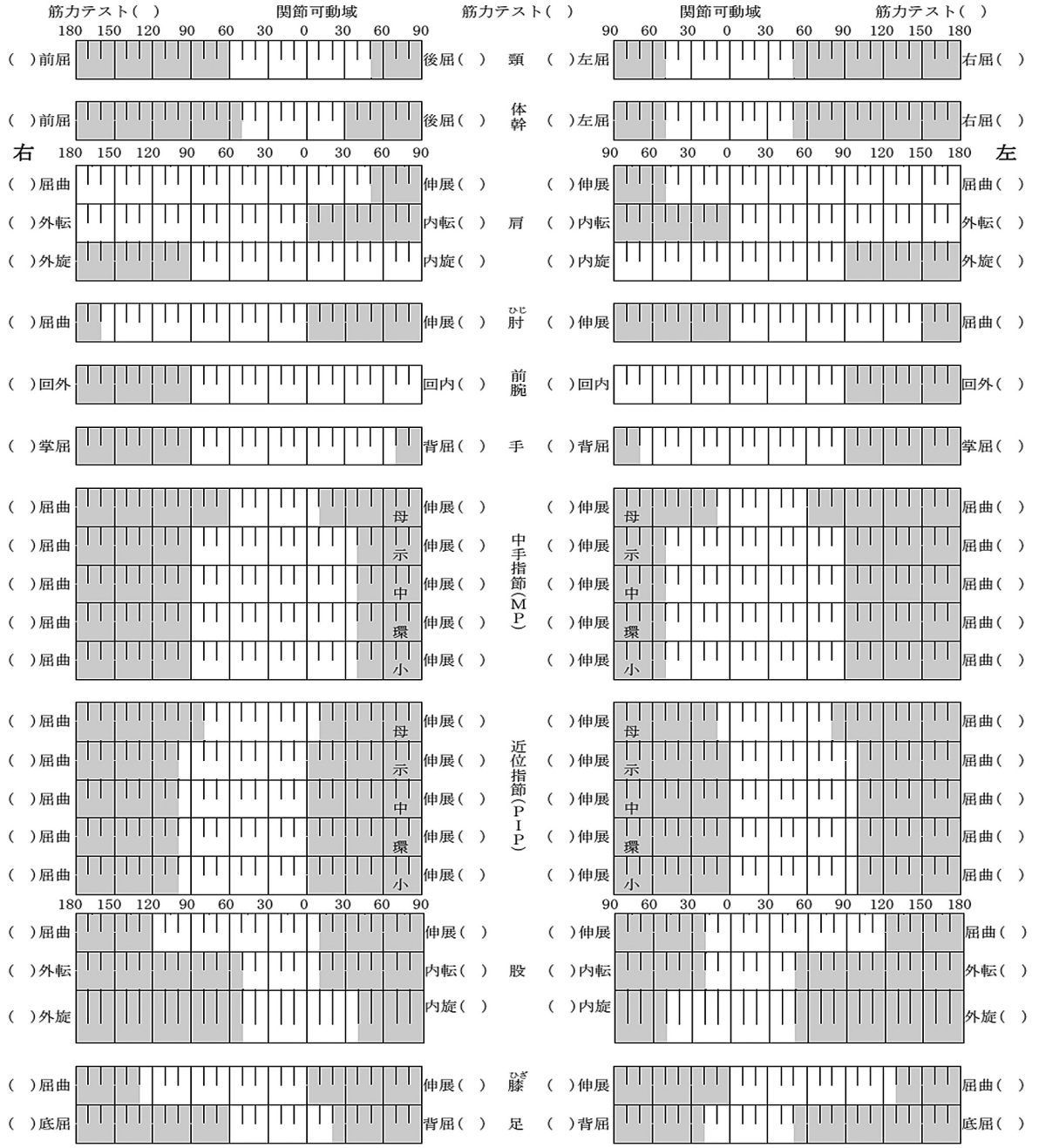
6　動作･活動　自立―○　半介助―△　全介助又は不能―×、(　)の中のものを使う時はそれに○(下記 注参照)

寝返りする		洋式便器に座る		いすに腰かける		横座り		あぐら		正座	

新聞紙をつまむ	右	左	背中を洗う		
丸めた週刊誌を握る	右	左	排泄の後始末をする		
コップで水を飲む	右	左	かぶりシャツを着て脱ぐ		
はしで食事をする	右	左	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)		
さじで食事をする(自助具)	右	左	靴下をはく		
字を書く	右	左	立つ(手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)		
ブラシで歯をみがく(自助具)	右	左	家の中の移動(壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)		
顔を洗いタオルでふく			屋外を移動する(家の周辺程度)(つえ、松葉づえ、車いす)		
タオルを絞る			二階まで階段を上って下りる(手すり、つえ、松葉づえ)		
ひもを結ぶ			公共の乗物を利用する		

注：身体障害者福祉法の等級は機能障害（impairment）のレベルで認定されますので(　　)の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)(この表は必要な部分を記入)　検査日（　　年　　月　　日）



備　考　筋力と動作・活動状況に乖離がある場合は、その理由を必ず記入すること。

注：1　関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
2　関節可動域は、基本肢位を０度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
3　関節可動域の図示は、⊢⊣のように両端に太線をひき、その間を線で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線(∫)を引く。
4　筋力については、徒手筋力テスト段階５により、表(　)内に０～５(又は×△○印)を記入する。
×印は筋力消失又は著減(筋力０、１、２該当)、△印は筋力半減(筋力３該当)、○印は筋力正常又はやや減(筋力４、５該当)（ただし、○印については、筋力正常若しくはやや減、又は、４若しくは５の区別を明記する。）
5　(PIP)の項母指は(IP)関節を指す。
6　DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
7　図中ぬりつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

備考　1　異常がある部位は全て記入すること。
2　手指の欠損部位を示す場合には、おや指については指骨間関節以上その他の指については近位指節間関節を欠くか否かを明示すること。

二つ以上の障害が重複する場合の取扱い

1　二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定する。

合計指数	18以上	17～11	10～７	６～４	３～２	１
認定等級	１級	２級	３級	４級	５級	６級

2　合計指数の算定方法

（1）合計指数は次の等級別指数表により、各々の障害の該当する等級の指数を合計したものとする。

障害等級	１級	２級	３級	４級	５級	６級	７級
指　　数	18	11	7	4	2	1	0.5

（2）合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該１上肢又は１下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位(機能障害が２か所以上あるときは上位の部位とする。)から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

（例）　右上肢のすべての指を欠くもの　３級　　等級別指数　　7

手関節の全廃　　４級　　〃　　4

合計指数　　11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は７となる。

右上肢を手関節から欠くもの　　３級　　等級別指数　　7

（例）　左上肢の肩関節の全廃　　４級　　等級別指数　　4

〃　肘関節　〃　　４級　　〃　　4

〃　手関節　〃　　４級　　〃　　4

合計指数　　12

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢の肩関節から欠くもの　　２級　　等級別指数　　11

総括表　　身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

氏　名	年　月　日生	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 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)　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　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。

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。

※早見表による根拠

障害部位	等級	項目	指数
上肢機能障害			
移動機能障害			
合計			

注意　1　障害名欄には現在起こっている障害、例えば脳原性運動機能障害（上下肢不随意運動）等を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、脳性麻痺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。

1　上肢機能障害

ア　両上肢機能障害

〈ひも結びテスト結果〉

１度目の１分間＿＿＿本

２度目の１分間＿＿＿本

３度目の１分間＿＿＿本

４度目の１分間＿＿＿本

５度目の１分間＿＿＿本

計　　＿＿＿本

イ　一上肢機能障害（該当するものを○で囲むこと）

〈５動作の能力テスト結果〉

a　封筒をはさみで切るときに固定する　（ 可能 ・ 不可能 ）

b　財布から硬貨を出す　（ 可能 ・ 不可能 ）

c　傘をさす　（ 可能 ・ 不可能 ）

d　健側の爪を切る　（ 可能 ・ 不可能 ）

e　健側のそで口のボタンをとめる　（ 可能 ・ 不可能 ）

2　移動機能障害（該当するものを○で囲むこと）

〈下肢・体幹機能評価結果〉

a　つたい歩きをする。　（ 可能 ・ 不可能 ）

b　支持なしで立位を保持し、その後10m歩行する　（ 可能 ・ 不可能 ）

c　いすから立ち上り10m歩行し、再びいすに座る　（ 可能 ・ 不可能 ）＿＿＿秒

d　50cm幅の範囲内を直線歩行する　（ 可能 ・ 不可能 ）

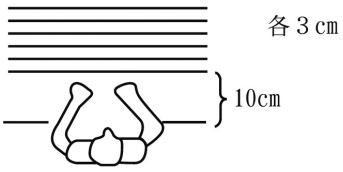
e　足を開き、しゃがみこんで再び立ち上る　（ 可能 ・ 不可能 ）

（注）この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

(備考)上肢機能テストの具体的方法

ア　ひも結びテスト

事務用とじひも(概ね43cm規格のもの)を使用する。



①　とじひもを机の上、被験者前方に図のように置き並べる。

②　被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひと結びする。

(注)○上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

○手を机上に浮かしてむすぶこと。

③　むすび目の位置は問わない。

④　ひもが落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。

⑤　ひもは検査担当者が随時補充する。

⑥　連続して５分間行っても、休み時間を置いて５回行ってもよい。

イ　５動作の能力テスト

a　封筒をはさみで切るときに固定する。

患手で封筒をテーブルの上に固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上にのせてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。はさみはどのようなものを用いてもよい。

b　財布から硬貨を出す。

財布を患手で持ち、空中に支え(テーブル面上ではなく)、健手で硬貨を出す。ジッパーを開けて閉めることを含む。

c　傘をさす。

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。

立位ではなく座位のままでよい。肩にかついではいけない。

d　健側の爪を切る。

大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e　健側のそで口のボタンをとめる。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンをかける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

総括表　　身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳以上用)

氏　名	年　月　日生	男　・　女
住　所		

① 障害名(部位を明記)　心臓機能障害

② 原因となった疾病・外傷名
交通・労災・その他の事故
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)　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　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。

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、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症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安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。

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと)

1　臨床所見(　　年　　月　　日)

ア　動　　悸	(有・無)	キ　浮　　腫	(有・無)
イ　息　切　れ	(有・無)	ク　心拍数	回／分
ウ　呼吸困難	(有・無)	ケ　脈拍数	回／分
エ　胸　　痛	(有・無)	コ　血　　圧	(最大　　・最小　　)
オ　血　　痰	(有・無)	サ　心　　音	(清・濁・その他〈　　〉)
カ　チアノーゼ	(有・無)	シ　ＢＮＰ値	(　　) (NT-proBNPでも可)

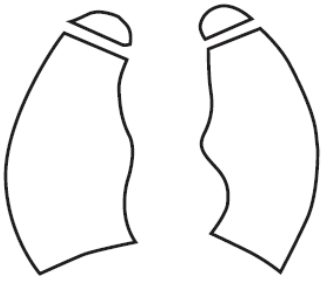
ス　重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状・頻度・持続時間・発作年月日・心電図所見等を記入

セ　その他の臨床所見

・心エコー所見　(　　年　　月　　日)

・左室駆出率(LVEF)　(　　)％

2　胸部エックス線所見(　　年　　月　　日)



心胸比(　　)％

他所見(　　)

3　心電図所見(　　年　　月　　日)

ア　陳旧性心筋梗塞	(有	・	無)
イ　心室負荷像	(有〈右室、左室、両室〉	・	無)
ウ　心房負荷像	(有〈右房、左房、両房〉	・	無)
エ　脚ブロック	(有〈右、左〉	・	無)
オ　完全房室ブロック	(有	・	無)
カ　不完全房室ブロック	(有第　度	・	無)
キ　心房細動(粗動)	(有	・	無)
ク　期外収縮	(有〈心室性・上室性〉	・	無)
ケ　ＳＴの低下	(有　mV	・	無)
コ　第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導(ただし、V1を除く)のいずれかのTの逆転	(有	・	無)
サ　運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下	(有	・	無)

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

4　その他の所見（該当する場合は記入すること）

5　活動能力の程度

□ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こらないもの（非該当）

□ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの（４級相当）

□ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの（４級相当）

□ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰返し必要としているもの（３級相当）

□ 安静時若しくは自己身辺の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰返してアダムスストークス発作が起こるもの（１級相当）

6　人工弁移植、弁置換　（ 有 ・ 無 ）　手術日（　　年　　月　　日）

7　ペースメーカ　（ 有 ・ 無 ）　手術日（　　年　　月　　日）

8　ペースメーカ「有」の場合のみ次を記入すること。

●ペースメーカの適応度（　クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ　）
※　「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」(2010年合同研究班報告)におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、当てはまるものに○をすること。

●身体活動能力（運動強度）検査日・判断日（　　年　　月　　日）（　　メッツ）
※　メッツ値について、症状が変動（重くなったり軽くなったり）する場合は、症状がより重度の状態（メッツ値が一番低い値）を記載すること。

総括表　　身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳未満用)

氏　名	年　月　日生	男　・　女
住　所		
①　障害名(部位を明記)　心臓機能障害		
②　原因となった疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故 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)　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　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。 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、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症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安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。		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳未満用)

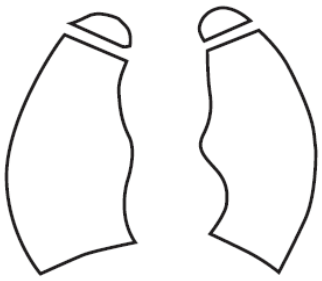
(該当するものを○で囲むこと)

1　臨床所見(　　年　　月　　日)

ア　著しい発育障害　(有・無)　　オ　チアノーゼ　(有・無)
イ　心音・心雑音の異常　(有・無)　　カ　肝腫大　(有・無)
ウ　多呼吸又は呼吸困難　(有・無)　　キ　浮腫　(有・無)
エ　運動制限　(有・無)

2　検査所見

(1)　胸部エックス線所見(　　年　　月　　日)



心　胸　比
(　　)%

ア　心胸比0.56以上　(有・無)
イ　肺血流量増又は減　(有・無)
ウ　肺静脈うっ血像　(有・無)

(2)　心電図所見(　　年　　月　日)

ア　心室負荷像　(有〈右室、左室、両室〉・無)
イ　心房負荷像　(有〈右房、左房、両房〉・無)
ウ　病的不整脈　〔種類　　〕(有・無)
エ　心筋障害像　〔所見　　〕(有・無)

(3)　心エコー図、冠動脈造影所見(　　年　　月　　日)

ア　冠動脈の狭窄又は閉塞　(有・無)
イ　冠動脈瘤又は拡張　(有・無)
ウ　その他(　　)

3　養護の区分

□　6か月～1年ごとの観察(非該当)
□　1か月～3か月ごとの観察(4級相当)
□　症状に応じて要医療(4級相当)
□　継続的要医療(3級相当)
□　重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的治療を要するもの(1級相当)

総括表　　身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

氏　名	年　月　日生	男　・　女
住　所		

① 障害名(部位を明記)　じん臓機能障害

② 原因となった疾病・外傷名　交通・労災・その他の事故　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)　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　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。

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、慢性糸球体腎炎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。

じん臓の機能障害の状況及び所見

1　身長（　　）cm　・体重（　　）kg

2　じん機能　（　　年　　月　　日　）
ア　内因性クレアチニンクリアランス値（　　ml／分）　エ　24時間尿量　（　　ml／日）
イ　血清クレアチニン濃度　（　　mg／dl）　オ　尿所見　（　　）
ウ　血清尿素窒素濃度　（　　mg／dl）

3　その他参考となる検査所見（胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等）（　　年　　月　　日）

4　臨床症状（該当する項目が有の場合は、裏づける所見を記入すること。）（　　年　　月　　日）

臨床症状	有　無 （どちらかに○）	裏づける所見 （有の場合に記載）
ア　じん不全に基づく末梢神経症	有　無	所見
イ　じん不全に基づく消化器症状	有　無	□食思不振　□悪心 □おう吐　□下痢
ウ　水分電解質異常	有　無	Na（　　）mEq／l　K（　　）mEq／l Ca（　　）mg／dl　P（　　）mg／dl □浮腫　□乏尿　□多尿　□脱水 □肺うっ血　□その他（　　）
エ　じん不全に基づく精神異常	有　無	所見
オ　X線写真所見における骨異栄養症	有　無	□高度　□中等度　□軽度
カ　じん性貧血	有　無	Hb　（　　）g／dl Ht　（　　）% 赤血球数（　　）×10^4／mm^3
キ　代謝性アシドーシス	有　無	HCO_3　（　　）mEq／l
ク　重篤な高血圧症	有　無	最大血圧／最小血圧 （　　）／（　　）mmHg
ケ　じん不全に直接関連するその他の症状	有　無	所見

5　現在までの治療内容

6　慢性透析治療法の実施の有無
□　有　（　　年　　月　　日　導入）
□　開始予定（　　年　　月　　日　導入予定　・　未定　）
□　無

7　日常生活の制限による分類
□　家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの（非該当）
□　家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの（４級相当）
□　家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの（３級相当）
□　自己の身辺の日常生活活動を著しく制限されるもの（１級相当）

総括表　　身体障害者診断書・意見書(呼吸器機能障害用)

氏　名	年　月　日生	男 ・ 女
住　所		
① 障害名（部位を明記）　呼吸器機能障害		
② 原因となった疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他（　　）	
③ 疾病・外傷発生年月日　年　月　日　・場　所		

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見（エックス線写真を含む）
※フローボリューム曲線を添付すること

在宅酸素療法	人工呼吸管理（含 NPPV）
□ 有　酸素吸入量　安静時（　）L／分、労作時（　）L／分 □ 無	□ 有（　　）時間 □ 無

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　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。

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。

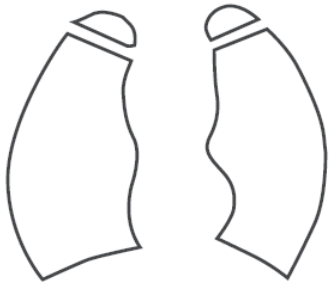
注意　1　原因となった疾病・外傷名欄には、肺結核後遺症、慢性閉塞性肺疾患、肺線維症等原因となった疾患名を具体的に記入してください。
2　治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。
3　障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。

呼吸器の機能障害の状況及び所見

1　身体計測　　身長（　　）cm　・　体重（　　）kg

2　活動能力の程度
□　激しい運動をした時だけ息切れがある（非該当）
□　平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある（４級相当）
□　息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある（４級相当）
□　平坦な道を約 100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる（３級相当）
□　息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある（１級相当）

3　胸部エックス線写真所見（平成　　年　　月　　日）



ア　胸膜癒着　　（無・軽度・中等度・高度）
イ　気腫化　　（無・軽度・中等度・高度）
ウ　線維化　　（無・軽度・中等度・高度）
エ　不透明肺　　（無・軽度・中等度・高度）
オ　胸郭変形　　（無・軽度・中等度・高度）
カ　心・縦隔の変形　　（無・軽度・中等度・高度）

4　換気機能（平成　　年　　月　　日）
ア　予測肺活量　　.　　L
イ　実測肺活量　　.　　L
ウ　実測努力肺活量　　.　　L
エ　一秒量　　.　　L
オ　予測肺活量１秒率　　.　　%　$\left(=\frac{エ}{ア}\times 100\right)$

（アについては、下記の予測式を使用して算出すること）

肺活量予測式（L）
男性　0.045×身長（ｃｍ）－0.023×年齢(歳)－2.258
女性　0.032×身長（ｃｍ）－0.018×年齢(歳)－1.178
（予測式の適応年齢は男性 18－91 歳、女性 18－95 歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。）

5　動脈血ガス（平成　　年　　月　　日）　※可能な限りルームエアー下で測定すること。
ア　0_2分圧　　：　　Torr
イ　CO_2分圧　　：　　Torr
ウ　pH　　：
エ　BE　　：
オ　採血より分析までに時間を要した場合　　時間　　分
カ　耳朶血を用いた場合：（　　）
キ　ルームエアーでの測定が困難な場合、その理由及び採血時の酸素投与量を記載

6　その他の臨床所見
ア　SpO_2　　安静時　　%　　歩行時　　%
イ　その他

※　６分間歩行試験実施の場合は、歩行距離[　　m（　　%）]を記入すること。

1　活動能力の程度と予測肺活量１秒量、動脈血ガス 0_2 分圧に不均衡がある場合について

活動能力の程度と予測肺活量１秒量（以下「指数」という）及び動脈血ガス 0_2 分圧（以下「0_2 分圧」という）に不均衡がある場合は、呼吸器機能障害以外の原因が活動能力の低下に関与していないか慎重に検討する必要があります。もし、活動能力の低下を説明する他の原因がなく、指数・0_2 分圧以外の検査で活動能力の低下を証明できるなら、その所見を診断書の臨床経過欄等に記載してください。（例えば、労作時の 0_2 分圧（$Sp0_2$ でも可）等）

2　指数と 0_2 分圧に不均衡がある場合について

換気機能障害を測るための指数と、ガス交換機能障害を測るための 0_2 分圧との間には、相当程度の相関関係があるのが一般的です。しかしながら、指数と 0_2 分圧のレベルに不均衡が生じる場合もあり、こうした場合には、指数の方が 0_2 分圧より誤差を生じやすいことにも配慮し、努力呼出曲線などの他のデータを活用したり、$C0_2$ 分圧や PH 値の数値も参考にし、総合的な障害等級の判断をお願いします。

なお、このように指数と 0_2 分圧に不均衡がある場合については、障害等級をどのような理由で判断したかについて記載いただくようお願いします。判断の根拠となった他の検査データがある場合は、そのデータの記載または添付をお願いします。

3　動脈血ガスの検査について

認定基準に示された数値は、急性増悪期ではなく安定期、しかも安静時、ルームエアー吸入時のものです。したがって診断書に記入するのはこの状況下での数値となりますが、ルームエアーでの測定が困難な場合は、その理由及び採血時の酸素投与量を記載してください。また、ルームエアーでの $Sp0_2$ のデータがあれば、参考となりますので併せて御記入ください。

総括表　　身体障害者診断書・意見書(ぼうこう又は直腸機能障害用)

氏　名	年　月　日生	男　・　女
住　所		
①　障害名(部位を明記)　□ぼうこう機能障害 □直腸機能障害 □ぼうこう・直腸機能障害		
②　原因となった疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故 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)　年　月　日		
⑤　総合所見（ストマについては、永久的な造設に関して記載） 〔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　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。 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、ぼうこう腫瘍、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。		

ぼうこう又は直腸の機能障害の状況及び所見

〔記入上の注意〕

- 「ぼうこう機能障害」及び「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- １～３の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□にレを入れ、必要事項を記述すること。
- 障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能をもち、永久的に造設されるものに限る。

1　ぼうこう機能障害

□　尿路変向(更)のストマ

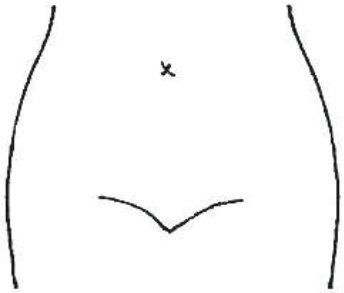
（1）　種類・術式

①　種類　□腎瘻　□腎盂瘻
□尿管瘻　□ぼうこう瘻
□回腸(結腸)導管
□その他[　　]

②　術　式：[　　]

③　手術日：[　　年　　月　　日]

④　閉鎖予定　□無　□有（　　年　　月頃）



（ストマ及びびらんの部位等を図示）

（2）　ストマにおける排尿処理の状態

○長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

□　有
(理由)
□　軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)
□　ストマの変形
□　不適切な造設箇所

□　無

□　高度の排尿機能障害

（1）　原　因

□　神経障害
□　先天性：[　　]
(例：二分脊椎　等)
□　直腸の手術
・術　式：[　　]
・手術日：[　　年　　月　　日]

□　自然排尿型代用ぼうこう
・術　式：[　　]
・手術日：[　　年　　月　　日]

（2）　排尿機能障害の状態・対応

□　カテーテルの常時留置

□　自己導尿の常時施行

□　完全尿失禁

□　その他
(　　)

2　直腸機能障害

□　腸管のストマ

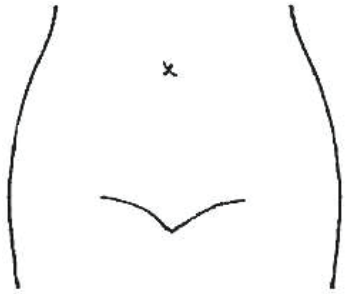
（1）　種類・術式

① 種類
□空腸ストマ　□回腸ストマ
□上行結腸ストマ　□横行結腸ストマ
□下行結腸ストマ　□Ｓ状結腸ストマ
□その他[　　]

② 術　式：[　　]

③ 手術日：[　　年　　月　　日]

④ 閉鎖予定　□無　□有（　　年　　月頃）



（ストマ及びびらんの部位等を図示）

（2）　ストマにおける排便処理の状態

○長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

□　有
（理由）
□　軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある（部位、大きさについて図示）
□　ストマの変形
□　不適切な造設箇所

□　無

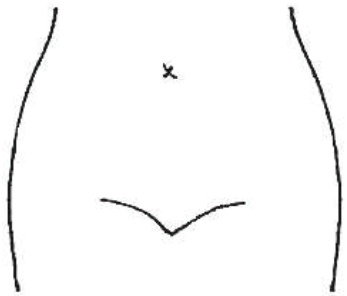
□　治癒困難な腸瘻

（1）　原　因

① 放射線障害
□　疾患名：[　　]

② その他
□　疾患名：[　　]

（2）　瘻孔の数　：[　　個]



（腸瘻及びびらんの部位等を図示）

（3）　腸瘻からの腸内容のもれの状態

□　大部分

□　一部分

（4）　腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

□　軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある（部位、大きさについて図示）

□　その他

（　　）

□　高度の排便機能障害

（1）　原　因

□　先天性疾患に起因する神経障害
［　　］
（例：二分脊椎　等）

□　その他
□　先天性鎖肛に対する肛門形成術
手術日：［　　年　　月　　日］
□　小腸肛門吻合術
手術日：［　　年　　月　　日］

（2）　排便機能障害の状態・対応

□　完全便失禁

□　軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある

□　週に２回以上の定期的な用手摘便が必要

□　その他
（　　）

3　障害程度の等級

（１級に該当する障害）

□　腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの

□　腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

□　尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの

□　尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの

□　治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

（３級に該当する障害）

□　腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの

□　腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

□　尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの

□　尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの

□　治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの

□　高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

（４級に該当する障害）

□　腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの

□　治癒困難な腸瘻があるもの

□　高度の排尿機能障害又は高度な排便機能障害があるもの

総括表　　身体障害者診断書・意見書(小腸機能障害用)

氏　名	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 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)　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　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。

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 ：　　年　　月 ～　　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。

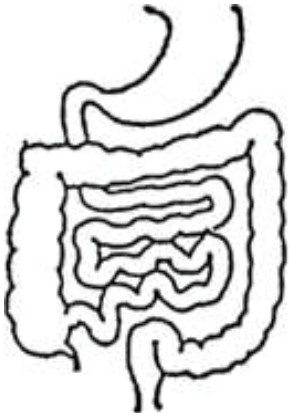
（推定残存小腸の長さ、その他の所見）

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　（　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　（　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　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の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。

総括表　　身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳以上用)

氏　名	年　月　日生	男　・　女
住　所		
①　障害名(部位を明記)　　免疫機能障害		
②　原因となった疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故 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)　　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　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。 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、HIV感染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　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。		

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(13歳以上用)

1　HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日　　年　　月　　日

（1）　HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検　査　法	検　査　日	検査結果
判　定　結　果		年　　月　　日	陽性　・　陰性

注１　酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

（2）　抗体確認検査又はHIV病原検査の結果　※ いずれか1つの検査による確認が必要

	検　査　法	検　査　日	検査結果
抗体確認検査の結果		年　　月　　日	陽性　・　陰性
ＨＩＶ病原検査の結果		年　　月　　日	陽性　・　陰性

注２　「抗体確認検査」とは、Western　Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。
注３　「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

2　エイズ発症の状況
HIVに感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	

注４　「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症／AIDS診断基準」（厚生労働省エイズ動向委員会、2007）に規定するものをいう。

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不　能　・　可　能

3　CD４陽性Tリンパ球数(／μl)

検　査　日	検　査　値
年　月　日	／μl
年　月　日	／μl

平　均　値
／μl

注５　左欄には、４週間以上間隔をおいて実施した連続する２回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4　検査所見及び日常生活活動制限の状況

（1）　検査所見

検査日	年　月　日	年　月　日
白血球数	／μl	／μl

検査日	年　月　日	年　月　日
Hb量	g／dl	g／dl

検査日	年　月　日	年　月　日
血小板数	／μl	／μl

検査日	年　月　日	年　月　日
HIV-RNA量	copy／ml	copy／ml

注６　４週間以上の間隔をおいて実施した連続する２回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数　［　　個］

（２）　日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を〇で囲むこと。

日　常　生　活　活　動　制　限　の　内　容	左欄の状況の有無
１日に１時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に７日以上ある	有　・　無
健常時に比し10％以上の体重減少がある	有　・　無
月に７日以上の不定の発熱(38℃以上)が２か月以上続く	有　・　無
１日に３回以上の泥状ないし水様下痢が月に７日以上ある	有　・　無
１日に２回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に７日以上ある	有　・　無
「身体障害認定基準」10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(１)のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある	有　・　無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	有　・　無
軽作業を超える作業の回避が必要である	有　・　無
日常生活活動制限の数[　　個]	

注７　「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を〇で囲んだ合計数を記載すること。

注８　「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

総括表　　身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳未満用)

氏　名	年　月　日生	男　・　女
住　所		
① 障害名(部位を明記)　免疫機能障害		
② 原因となった疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故 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)　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　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。 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、HIV感染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　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。		

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(13歳未満用)

1　HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日　　年　　月　　日

※小児のHIV感染は、原則として以下の(1)及び(2)の検査により確認される。
※(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる検査時に生後18か月未満の小児については、さらに以下の(1)の検査に加えて、(2)のうち「HIV病原検査の結果」又は(3)の検査による確認が必要である。

(1)　HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検　査　法	検　査　日	検査結果
判　定　結　果		年　月　日	陽性　・　陰性

注1　酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2)　抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検　査　法	検　査　日	検査結果
抗体確認検査の結果		年　月　日	陽性　・　陰性
HIV病原検査の結果		年　月　日	陽性　・　陰性

注2　「抗体確認検査」とは、Western　Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。
注3　「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

(3)　免疫学的検査所見

検　査　日	年　月　日
IgG	mg／dl

検　査　日	年　月　日
全リンパ球数(①)	／μl
CD4陽性Tリンパ球数(②)	／μl
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合([②]／[①])	%
CD8陽性Tリンパ球数(③)	／μl
CD4／CD8比([②]／[③])	

2　障害の状況

（1）　免疫学的分類

検　査　日	年　　月　　日	免疫学的分類
CD４陽性Tリンパ球数	／μl	重度低下 ・ 中等度低下 ・ 正　　常
全リンパ球数に対するCD４陽性Tリンパ球数の割合	%	重度低下 ・ 中等度低下 ・ 正　　常

注４　「免疫学的分類」欄では10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害「身体障害認定基準」(２)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

（2）　臨床症状

ア　重度の症状
指標疾患がみられ、エイズと診断される小児の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	

注５　「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症／AIDS診断基準」（厚生労働省エイズ動向委員会、2007）に規定するものをいう。

イ　中等度の症状（以下の臨床症状の有無(既往を含む)について該当する方を○で囲むこと）

臨　　床　　症　　状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症(＜1,000／μl)	有 ・ 無
30日以上続く貧血(＜Hb　８g／dl)	有 ・ 無
30日以上続く血小板減少症(＜100,000／μl)	有 ・ 無
１か月以上続く発熱	有 ・ 無
反復性又は慢性の下痢	有 ・ 無
生後１か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有 ・ 無
生後１か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有 ・ 無
生後１か月以前に発症したトキソプラズマ症	有 ・ 無

６か月以上の小児に２か月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有 ・ 無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（１年以内に２回以上）	有 ・ 無
２回以上又は２つの皮膚節以上の帯状疱疹	有 ・ 無
細菌性の髄膜炎、肺炎または敗血症	有 ・ 無
ノカルジア症	有 ・ 無
播種性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫	有 ・ 無
HIV腎症	有 ・ 無
臨床症状の数 ［ 個］	

注６　「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ　軽度の症状（以下の臨床症状の有無（既往を含む）について該当する方を○で囲むこと）

臨床症状	症状の有無
リンパ節腫脹（２か所以上で0.5cm以上。対称性は１か所とみなす。）	有 ・ 無
肝腫大	有 ・ 無
脾腫大	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨床症状の数 ［ 個］	

注７　「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

総括表　　身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

氏　名	年　月　日生	男　・　女

住　所

① 障害名(部位を明記)　肝臓機能障害

② 原因となった疾病・外傷名　交通・労災・その他の事故 / 疾病・先天性・その他(　　)

③ 疾病・外傷発生年月日　年　月　日・場所

④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)

(注) 肝臓移植を実施した者であって、抗免疫療法を実施しているものは、次ページの記載は省略可能。

肝臓移植の実施	有　・　無	実施年月日	年　月　日
抗免疫療法の実施	有　・　無		

障害固定又は障害確定(推定)　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　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。

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、例えば単に肝硬変という記載にとどめることなく、C型肝炎ウイルスに起因する肝硬変、ウィルソン病による肝硬変等のように種類が明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載してください。

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　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。

肝臓機能障害の状況及び所見

1　障害の変動に関する因子（※下記のいずれかが「×」の場合は障害認定の対象となりません）

	第１回検査	第２回検査
180 日以上アルコールを摂取していない	○　・　×	○　・　×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○　・　×	○　・　×

2　肝臓機能障害の重症度

	検査日（第１回）		検査日（第２回）	
	年　月　日		年　月　日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ		なし・Ⅰ・Ⅱ Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ	
腹水	なし・軽度・中程度以上 （概ね　　ℓ）		なし・軽度・中程度以上 （概ね　　ℓ）	
血清アルブミン値	g/dℓ		g/dℓ	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dℓ		mg/dℓ	

合計点数	点	※	点

注１　９０日以上１８０日以内の間隔をおいて実施した連続する２回の診断・検査結果を入力すること。
注２　点数は、Child－Pugh 分類による点数を記入すること。
注３　１級、２級については肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む３項目以上が２点以上の状態が連続して２回以上続くことが必要。
※　初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、２回目の検査時点で Child－Pugh 分類の合計点数が７点から９点の状態である場合は、１年以上５年以内の期間内に再認定を実施すること。

＜Child-Pugh 分類＞

	１点	２点	３点
肝性脳症	なし	軽度（Ⅰ・Ⅱ）	昏睡（Ⅲ以上）
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8～3.5g/dℓ	2.8 g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40～70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0 mg/dℓ未満	2.0～3.0 mg/dℓ	3.0 mg/dℓ超

注４　肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム（1981 年）による。
注５　腹水は、原則として超音波検査、体重増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね１ℓ以上を軽度、３ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね 40 kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によるコントロールができないものを中程度以上とする。

3　補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限

補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値 5.0 ㎎/dℓ以上		有 ・ 無
	検査日	年　　月　　日	
	血中アンモニア濃度 150 μ g/dℓ		有 ・ 無
	検査日	年　　月　　日	
	血小板数 50,000/㎟以下		有 ・ 無
	検査日	年　　月　　日	
症状に影響する病歴	原発性肝がんの治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年　　月　　日	
	特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年　　月　　日	
	胃食道静脈瘤治療の既往		有 ・ 無
	確定診断日	年　　月　　日	
	現在の B 型肝炎又は C 型肝炎ウイルスの持続的感染		有 ・ 無
	最終確認日	年　　月　　日	
日常生活活動の制限	１日１時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月 7 日以上ある		有 ・ 無
	１日に２回以上の嘔吐あるいは 30 分以上の嘔気が月に 7 日以上ある		有 ・ 無
	有痛性筋けいれんが１日に１回以上ある		有 ・ 無

該当個数	個

○口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障害に関する歯科医師の診断及び意見の取扱いについて

平成１５年１月１０日　障発第０１１０００２号
各都道府県知事・各指定都市・中核市市長あて
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知

標記については、昭和５９年９月２８日社更第１２９号厚生省社会局長通知「唇顎口蓋裂後遺症によるそしゃく機能障害に関する歯科医師の診断及び意見の取扱いについて」（以下「旧通知」という）により取り扱ってきたところであるが、本日、障発第０１１０００１号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「身体障害者障害程度等級表の解説（身体障害認定基準）について」及び障企発第０１１０００１号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長通知「身体障害認定基準の取扱い（身体障害認定要領）について」により、そしゃく機能障害に係る身体障害認定の取扱いが改正されたことに伴い、標記について、下記のとおり定め、平成１５年４月１日より適用することとしたので、留意の上、その取扱いに遺憾なきよう願いたい。

なお、本通知は、地方自治法（昭和２２年法律第６７号）第２４５条の４第１項の規定に基づく技術的助言（ガイドライン）として位置づけられるものである。

また、平成１５年３月３１日をもって、旧通知は廃止する。

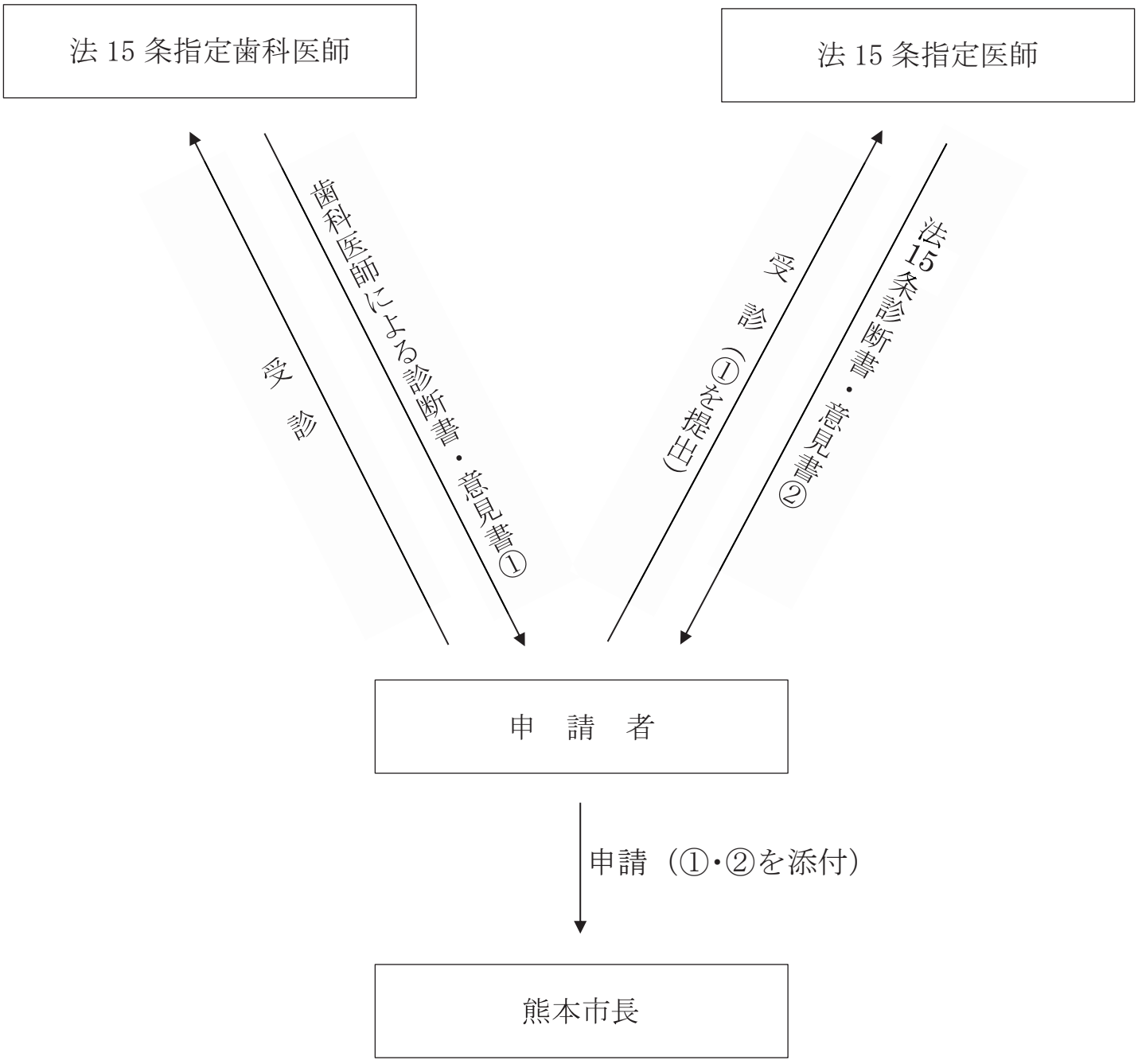
記

口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能の障害のある者が身体障害者福祉法第 15 条に基づき身体障害者手帳の交付を申請するに際し、医師が「身体障害者診断書・意見書」を作成するときは、あらかじめ都道府県知事等の定める歯科医師の「歯科医師による診断書・意見書」（別紙）の提出を求めるものとすること。

（別紙）

歯科医師による診断書・意見書

氏　名	年　月　日生	男　・　女
住　所		
現　症		
原因疾患名		
治療経過		
今後必要とする治療内容 （１） 歯科矯正治療の要否 （２） 口腔外科的手術の要否 （３）治療完了までの見込み 向後　　年　　月		
現症をもとに上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 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　・　該当しない 年　　月　　日 病院又は診療所の名称 所　在　地　〒 電　話　番　号 診療担当科名　　科　　15条指定歯科医師氏名　　印		

（参考）

身体障害者手帳申請手続き