総括表　　　　　　　身体障害者診断書・意見書(小腸機能障害用)

様式第３２号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | | 明治　平成  大正　令和　　　　年　　　月　　　日生  昭和 | 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・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 | | | | |
| 1. 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　令和　　年　　月 | | □ | 再認定は不要 | | | | | |
| 1. 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　　　　　　　　　　　　　（署名または記名押印）  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 ：　令和　　　年　　月　～　　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　　　 　（　　　　　　　　　　　　　　）  　　　・　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）   1. 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　令和　　　　年　　　月　　　日） | | | | | | |
| 赤血球数  血清総蛋白濃度  血清総コレステロール濃度  血清ナトリウム濃度  血清クロール濃度  血清カルシウム濃度 | 104／mm3  g／dl  mg／dl  mEq／1  mEq／1  mEq／1 | | 血色素量  血清アルブミン濃度  中性脂肪  血清カリウム濃度  血清マグネシウム濃度 | | g／dl  g／dl  mg／dl  mEq／1  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。 | | | | | | |