



4 現在までの治療内容（慢性透析療法の実施の有無等）

慢性透析療法の実施（ 有 <回数 /週、期間 ～ >・ 無 ）

5 日常生活の制限による分類

ア 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。

イ 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。

ウ 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。

エ 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの。



様式第4号（第6条関係）

身体障害者診断書・意見書（じん臓機能障害用）

総括表

|  |                         |                             |
|--|-------------------------|-----------------------------|
| 氏名   | 大正・昭和<br>平成・令和 年 月 日（歳） | 男・女                         |
| 住所   |                         |                             |
| ①障害名<br>(部位を明記)  |                         |                             |
| ②原因となった<br>疾病・外傷名  |                         |                             |
| 交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、<br>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   |                         |                             |
| [将来再認定 要 (障害程度に変化が生じることが予想される場合のみ)・不要]<br>[再認定の時期 年 月]   |                         |                             |
| 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。<br>令和 年 月 日<br>病院又は診療所の名称<br>所在地<br>診療担当科名 科 医師氏名 印<br>電話 ( ) -  |                         | 市町村<br>使用欄<br>15条指定医<br>の確認 |
| 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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する ( 級相当)<br>・該当しない   |                         |                             |
| (注)1 「①障害名」欄には現在起こっている障害、例えば腎臓機能障害等を記入し、「②原因<br>となった疾病・外傷名」欄には、慢性糸球体腎炎、糖尿病性腎症等原因となった疾患名<br>を記入してください。<br>2 障害区分や等級決定のため、宮崎県身体障害者相談センター (TEL0985-29-2556)<br>から内容についてお問い合わせする場合があります。 |                         |                             |