

身体障害者診断書・意見書

総括表

(呼吸器機能障害用)

氏 名		年 月 日生（ ）歳		男 ・ 女	
住 所					
① 障害名 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、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 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みます。） 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（軽減化・重度化）・ 不要 】（再認定時期 年 月）					
⑥ その他参考となる合併症状					
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 15 条指定医師氏名 印					
身体障害者福祉法第 1 5 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、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・ 該当する （ 級相当） ・ 該当しない					
備考 1 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、じん肺、肺気腫等原因となった基礎疾患名を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、横須賀市社会福祉審議会から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

(該当するものを○で囲んでください。)

1 身体計測

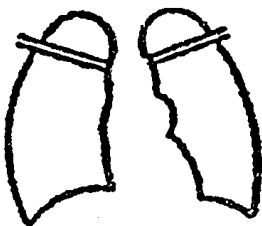
身長 cm 体重 kg

2 活動能力の程度

- ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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。

3 胸部エックス線写真所見 (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 (年 月 日)

- ア 予測肺活量 ___ . ___ ___ L (実測肺活量 ___ . ___ ___ L)
 イ 1 秒 量 ___ . ___ ___ L (実測努力肺活量 ___ . ___ ___ L)
 ウ 予測肺活量1秒率 ___ ___ . ___ % (= $\frac{\text{イ}}{\text{ア}} \times 100$)

(アについては、下記の予測式を使用して算出してください。)

肺活量予測式(L)

男性 $0.045 \times \text{身長}(\text{cm}) - 0.023 \times \text{年齡}(\text{歲}) - 2.258$

女性 $0.032 \times \text{身長}(\text{cm}) - 0.018 \times \text{年齢}(\text{歳}) - 1.178$

(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 (年 月 日)

- ア O₂分圧(注) : __ __ __ . __ Torr []
- イ CO₂分圧 : __ __ __ . __ Torr
- ウ pH : __ . __ __
- エ 採血より分析までに時間を要した場合__ __ 時間 __ __ 分
- オ 耳朶血を用いた場合 : []

(注) O₂分圧は空気呼吸下の測定値を記入してください。やむを得ず酸素呼吸下で採取した場合は、吸入酸素濃度及び投与の方法等の条件を右の[]欄に明記してください。ただし、空気呼吸下の測定値再提出を要する場合があります。

6 その他の臨床所見

身体障害者手帳の申請手続きについてのご案内

身体障害者手帳の交付を申請するためには、障害者手帳を取得する方の以下ものが必要となります。

なお、診断書をおとりになっても、身体障害者手帳が交付されない場合がありますので、手帳取得要件・基準に該当しているか事前に指定医師にご相談ください。

身体障害者手帳は申請から交付まで約1カ月程度かかります。ご了承ください。

◎ **診断書** 申請日より3か月以内に身体障害者福祉法第15条に定める指定を受けた医師が記載したもの
(指定医師についてご不明の方は障害福祉課へお問い合わせください)

◎ **写 真** 1枚
・たて4cmよこ3cmのものでご本人の顔がはっきりと写っているもの（上半身を写したもの）
・一年以内に撮影したもので、帽子等をかぶっていないもの。

◎ **マイナンバーのわかるもの**
マイナンバーカード、マイナンバー通知等

◎ **代理人の本人確認書類及び委任状など**
代理人が申請する場合のみ

補足

- 障害の区分（内容）によって診断書の種類が異なります。間違った種類の診断書をとっていただいても、障害者手帳が交付されない場合がありますのでご注意ください。
- 手帳取得に係る費用については自己負担となり、手帳交付対象とならなかった場合でも返金等は致しかねます。ご了承ください。

※ 申請窓口は、市役所分館1階の障害福祉課です。

TEL 046-822-8248