

第1号様式(第3条関係)

## 身体障害者診断書・意見書

総括表

( ぼうこう又は直腸機能障害用 )

氏名	年 月 日生 ( ) 歳	男・女
住所		
① 障害名 (部位も明記)		
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、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 「① 障害名」欄には、病名ではなく現在起こっている障害、例えばぼうこう機能障害 (ぼうこう全摘、 回腸導管)、直腸機能障害 (人工肛門) 等を記入してください。		
2 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、直腸腫瘍等原因となった基礎疾患名を記入してください。		
3 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。		

ぼうこう又は直腸の機能障害の状態及び所見

【記入上の注意】

- ・「ぼうこう機能障害」、「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します。
- ・1～3の各障害及び障害程度の等級欄においては、該当する項目の□に √ を入れ、必要事項を記述します。
- ・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ります。

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
- じん瘻       じん盂瘻
  - 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 ストマ :  永久的 ・  一時的 ・  未定  
 (注) 一時的、未定の場合は障害に該当しません。

(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
  - その他



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

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 ]

(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

- 自然排尿型代用ぼうこう
- ・術式 : [ \_\_\_\_\_ ]
  - ・手術日 : [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 直腸機能障害

□ 腸管のストマ

(1) 種類・術式

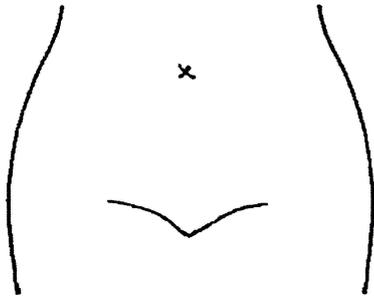
- ① 種類
- 空腸・回腸ストマ
  - 上行・横行結腸ストマ
  - 下行・S状結腸ストマ
  - その他 [ \_\_\_\_\_ ]

② 術式： [ \_\_\_\_\_ ]

③ 手術日： [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ]

④ストマ： 永久的 ・ 一時的 ・ 未定

(注) 一時的、未定の場合は障害に該当しません。



(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

その他

無

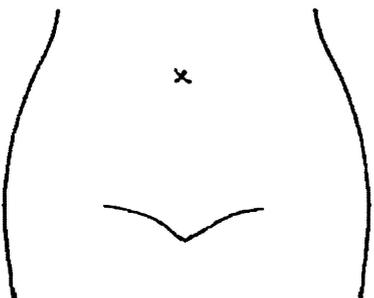
□ 治癒困難な腸瘻

(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洩れの状態

大部分

一部分 (一部分の場合は障害に該当しません)

(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の排便機能障害があるもの

## 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