

身体障害者診断書・意見書

総括表

(小腸機能障害用)

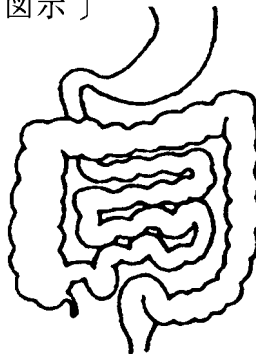
[illegible]

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)	%
1 小腸切除の場合					
(1) 手術所見					
ア	切除小腸の部位	長さ	cm		
イ	残存小腸の部位	長さ	cm		
(手術施行医療機関名)				(手術記録の写しを添付してください。))	
(2) 小腸造影所見 ((1) が不明なときは、小腸造影の写しを添付してください。 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					

備考 1 及び2が併存する場合はその旨を記入してください。

〔参考図示〕



切除部位



病変部位



3 栄養維持の方法 (該当する項目を○で囲んでください。)

(1) 中心静脈栄養法

ア	開始日	年	月	日
イ	カテーテル留置部位	_____		
ウ	装具の種類	_____		
エ	最近6箇月間の実施状況	(最近6箇月間に _____ 日間)		
オ	療法の連続性	(持続的 ・ 間欠的)		
カ	熱量	(1日当たり _____ kcal)		

(2) 経腸栄養法

ア	開始日	年	月	日
イ	カテーテル留置部位	_____		
ウ	最近6箇月間の実施状況	(最近6箇月間に _____ 日間)		
エ	療法の連続性	(持続的 ・ 間欠的)		
オ	熱量	(1日当たり _____ kcal)		

(3) 経口摂取

ア	摂取の状態	(普通食、軟食、流動食、低残渣 ^さ 食)
イ	摂取量	(普通量、中等量、少量)

(4) 栄養法の割合

ア	経口摂取	(_____ %)
イ	経静脈栄養法	(_____ %)

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)

ア 赤血球数	/mm ³	キ 血色素量	g/dl
イ 血清総たん白濃度	g/dl	ク 血清アルブミン濃度	g/dl
ウ 血清総コレステロール濃度	mg/dl	ケ 中性脂肪	mg/dl
エ 血清ナトリウム濃度	mEq/l	コ 血清カリウム濃度	mEq/l
オ 血清クロール濃度	mEq/l	サ 血清マグネシウム濃度	mEq/l
カ 血清カルシウム濃度	mEq/l		

- 備考
- 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいいます。
 - 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による 1 日当たり熱量は、1 週間の平均値によるものとします。
 - 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います。
 - 4 小腸切除（施行規則別表第 5 号の身体障害者障害程度等級表の 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障害程度については再認定を必要とします。
 - 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 箇月の観察期間を経て行うものとします。

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