

身体障害者診断書・意見書

小腸機能障害

審査	級	種
----	---	---

氏名	大正 昭和 平成 令和	年 月 日生 (歳)	男・女
住所 福岡市 区			
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・不要 【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。 令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 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			
注意 1 「①障害名」には現在起っている障害，例えば両眼失明，両耳ろう，右上下肢麻痺，心臓機能障害等を記入し，「②原因となった疾病・外傷名」には，角膜混濁，先天性難聴，脳卒中，僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入して下さい。 2 障害区分や等級決定のため，福岡市保健福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。			

② 経腸栄養法：

- ・ 開 始 日 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 歇 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 便の症状： (下痢・軟便・正常) , 排便回数 (1日 _____ 回)

5 検査所見 (測定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

赤 血 球 数	/mm ³ ,	血 色 素 量	g/dℓ
血 清 総 蛋 白 濃 度	g/dℓ ,	血 清アルブミン濃度	g/dℓ
血 清総コレステロール濃度	mg/dℓ ,	中 性 脂 肪	mg/dℓ
血 清ナトリウム濃度	mEq/ℓ ,	血 清カリウム濃度	mEq/ℓ
血 清クロール濃度	mEq/ℓ ,	血 清マグネシウム濃度	mEq/ℓ
血 清カルシウム濃度	mEq/ℓ		

(注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜附着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1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の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か月の観察期間を経て行うものとする。

(特記事項)