

様式第1号(9) (第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(ぼうこう又は直腸機能障害用)

総括表

氏名	年 月 日生	男・女
住所		
① 障害名(部位を明記)		
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む。)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見		
〔 軽度化による将来再認定 要 ・ 不要 〕 (再認定の時期 年 月 月後)		
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。		
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		
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 障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、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ください。 2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分について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、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記載すること。
- ・1 から 3 までの各障害及び障害程度の等級の欄には、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記載すること。
- ・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持ち、**永久的に造設されるもの**に限る。

1 ぼうこう機能障害

尿路変向(更)のストマ

(1) 種類・術式

- ・種類
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 腎瘻 ^{じんろう} | <input type="checkbox"/> 腎盂瘻 ^{じんろう} |
| <input type="checkbox"/> 尿管瘻 ^{うりょう} | <input type="checkbox"/> ぼうこう瘻 ^{ぼうこう} |
| <input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管 | |
| <input type="checkbox"/> その他[] | |
- ・術式[]
- ・手術日[年 月 日]



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

(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 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)
- 無

※ 「ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

高度の排尿機能障害

※ 先天性疾患 (先天性鎖肛を除く。) による場合を除き、手術後6か月を経過していることが認定要件となります。

(1) 原因

神経障害

- 先天性[]
(例：二分脊椎)
- 直腸の手術
- ・術式[]
- ・手術日[年 月 日]

自然排尿型代用ぼうこう

- ・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 (カテーテルの常時留置又は) 自己導尿の常時施行が必要だが、何らかの理由でこれらの対応がとれないため、結果として生じたもの)

その他

[]

2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

空腸・回腸ストマ

・種類 上行・横行結腸ストマ

下行・S状結腸ストマ

その他[]

・術式[]

・手術日[年 月 日]



(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 (ストマ周辺の皮膚のびらん、変形等を記述・図示すること。)

[]

無

※ 「ストマにおける排便処理が著しく困難な状態」による上位等級の認定は、ストマ造設後6か月を経過していることが要件となります。

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

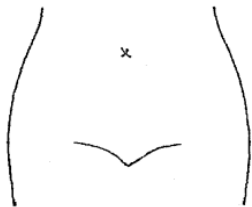
放射線障害

疾患名[]

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もれの状態

大部分

一部分

(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すること。)

その他

[]

