

総括表

氏名	大正・昭和 平成・令和	年	月	日生（歳）	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					
疾病、先天性、交通、労災、その他の事故 自然災害、戦傷、戦災、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					[将来再認定] <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する (再認定の時期) 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 再認定は不要
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 15条指定医 診療担当科名 科 医師氏名 電話 () -					市町村使用欄 15条指定医の確認
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〕 障害程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に <input type="checkbox"/> 該当する（ 級相当） <input type="checkbox"/> 該当しない					
担当者記入欄 ※ 記入しないでください					
注意 1 「①障害名」欄には「呼吸器機能障害」と記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、気管支喘息、じん肺、肺気腫、慢性閉塞性肺疾患等原因となった疾病名等を記入してください。 2 障害区分や等級決定のため、宮崎県身体障害者相談センター（TEL0985-29-2556）から内容についてお問い合わせする場合があります。					

