

総括表

氏名	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)						
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。						市町村使用欄
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 医師氏名 電話 () -						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、「心臓機能障害」と記入し、「②原因となった疾病・外傷名」欄には、心室中隔欠損症、心筋梗塞等原因となった疾病名等を記入してください。 2 障害区分や登記有決定のため、宮崎県身体障害者相談センター(Tel.0985-29-2556)から内容についてお問い合わせする場合があります。						

