

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														
(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。併せて次の意見を付す。 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		等級表による個別等級												
・ 該当する ( 級相当) ・ 該当しない		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">部 位</th> <th style="width:20%;">等 級</th> <th style="width:60%;">項 目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上 肢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下 肢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>体 幹</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	部 位	等 級	項 目	上 肢			下 肢			体 幹		
部 位	等 級	項 目												
上 肢														
下 肢														
体 幹														
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 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、歯科医師による診断書・意見書（別紙）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、北海道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。														