

身体障害者診断書・意見書（ぼうこう・直腸機能障害用）

総括表

氏名	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）	男・女
住所 札幌市 区		
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 指定医師氏名		
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〕 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる基準に ・該当する（ 級相当） ・該当しない		
注意 1 ①の障害名には「ぼうこう機能障害（尿管皮膚瘻）」「直腸機能障害（人工肛門）」等機能障害の類型と（ ）内に障害部位を記入し、②の原因となった疾病・外傷名には、ぼうこう腫瘍、クローン病、直腸腫瘍等障害の原因となった疾病・外傷名を記入してください。 2 診断書・意見書の記載欄は全てご記入ください。なお、記載漏れなどの書類上の不備や不整合な点がある場合には、区役所等から問い合わせる場合があります。また、必要に応じて、関係する検査データを提出していただく場合もあります。 3 障害区分や等級決定のため、札幌市社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について問い合わせる場合があります。		

ぼうこう又は直腸の機能障害の状況及び所見

[記入上の注意]

- ・ ぼうこう機能障害及び直腸機能障害については、該当する障害についてのみ記入し、両方の障害を併せ持つ場合には、それぞれについて記入すること。
- ・ 1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□にチェックを付け、必要事項を記入すること。
- ・ 障害認定の対象となるストマについては、排尿又は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

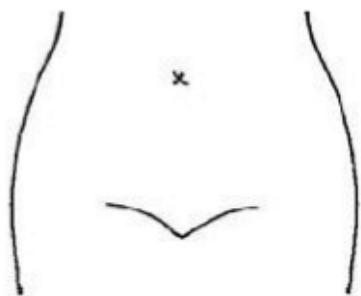
尿路変向（更）のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類 腎瘻 腎盂瘻
 尿管瘻 ぼうこう瘻
 回腸（結腸）導管
 その他 []
- ② 術式：[]
- ③ 手術日：[年 月 日]

(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 (理由)
- 軽快の見込みのないストマ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）
- ストマの変形
- 不適切な造設箇所
- 無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

高度の排尿障害

(1) 原因

- 神経障害
- 先天性：[]
 (例：二分脊椎 等)
- 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
- その他 []

2 直腸機能障害

腸管のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類 空腸・回腸ストマ
 上行・横行結腸ストマ
 下行・S状結腸ストマ
 その他 []

② 術式: []

③ 手術日: [年 月 日]

(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

(理由)

- 軽快の見込みのないストマ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)
 ストマの変形
 不適切な造設箇所

無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

治癒困難な腸瘻

(1) 原因

① 放射線障害

疾患名: []

② その他

疾患名: []

(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態

大部分

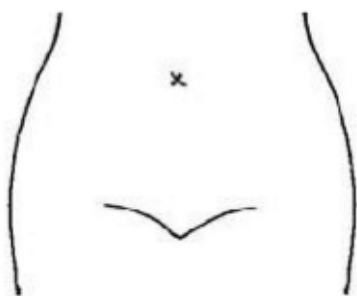
一部分

(4) 腸瘻における腸内容排泄処理の状態

- 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)

(2) 瘻孔の数: [個]

その他



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

