

第3号様式その9（第6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、右上下肢まひ、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、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。		

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師の診断を受けてください。

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 $\surd$ 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（永久的に造設されるもの）

(1) 種類・術式

- 種類
- 腎瘻 じんろう □ 腎盂瘻 じんろうろう
  - 尿管瘻 ろう □ ぼうこう瘻 ろう
  - 回腸（結腸）導管
  - 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

(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

□ ストマの変形

□ 不適切な造設箇所

※部位、大きさについては、左図へ図示してください。

□ 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 せきつい 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（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

[ ]



