

☐ 高度の排便機能障害

(1) 原因

(2) 排便機能障害の状態・対応

☐ 先天性疾患に起因する神経障害
[]
(例：二分脊椎 等)

☐ 完全便失禁

☐ 軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある

☐ その他

☐ 先天性鎖肛に対する肛門形成術
手術日：[年 月 日]

☐ 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

☐ 小腸肛門吻合術
手術日：[年 月 日]

☐ その他
()

3. 障害程度の等級

(1 級に該当する障害)

- ☐ 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- ☐ 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの
- ☐ 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- ☐ 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- ☐ 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排尿機能障害があるもの

(3 級に該当する障害)

- ☐ 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの
- ☐ 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- ☐ 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの
- ☐ 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- ☐ 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排尿機能障害があるもの
- ☐ 高度の排尿機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4 級に該当する障害)

- ☐ 腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの
☐ 治癒困難な腸瘻があるもの
☐ 高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害があるもの

様式第 1 号

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	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		交通，労災，その他の事故，戦傷，自然災害 戦災，疾病，先天性，その他（ ）			
③疾病・外傷発生年月日		平成 令和	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。）					
			平成 令和	年	月 日
⑤総合所見					
[将来再認定： 要 ・ 不要] （再認定の時期：令和 年 月） ※原則として、障害の程度が軽減する可能性がある場合のみ、「要」とし、再認定が必要な時期を記入してください。また、再認定「要」とした理由を、⑤総合所見欄等に記入してください（成長により障害程度に変化が生じることが予想される場合を除く）。					
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：					
病院又は診療所の所在地：					
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、例えば両眼失明、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、角膜混濁、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 障害区分や等級決定のため、岡山県社会福祉審議会から改めて記載内容についてお問い合わせをする場合があります。					

