

身体障害者診断書・意見書（免疫機能障害用）

総括表

（13歳未満用）

6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有 ・ 無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎（1年以内に2回以上）	有 ・ 無
2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹	有 ・ 無
細菌性の髄膜炎、肺炎または敗血症	有 ・ 無
ノカルジア症	有 ・ 無
播種性水痘	有 ・ 無
肝炎	有 ・ 無
心筋症	有 ・ 無
平滑筋肉腫	有 ・ 無
H I V腎症	有 ・ 無
臨床症状の数〔 個〕 …… ①	

注6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状

臨床症状	症状の有無
リンパ節腫脹（2か所以上で0.5cm以上。対称性は1か所とみなす。）	有 ・ 無
肝腫大	有 ・ 無
脾腫大	有 ・ 無
皮膚炎	有 ・ 無
耳下腺炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の上気道感染	有 ・ 無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有 ・ 無
反復性又は持続性の中耳炎	有 ・ 無
臨床症状の数〔 個〕 …… ②	

注7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

氏名	明治 昭和 大正 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		交通事故、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 再認定の理由：軽減化・成長期・その他 再認定の時期：令和 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 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」（別様式）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。			