

身体障害者診断書・意見書（小腸機能 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 川崎市			
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 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。			
令和 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 診療担当科名 科 第 15 条指定医師氏名			
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、右上下肢機能障害、等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、脳卒中等原因となった疾患名を記入してください。 2 等級は、川崎市障害程度審査委員会又は川崎市社会福祉審議会の審査により決定されます。 3 障害区分や等級決定のため、川崎市障害程度審査委員会又は川崎市社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。 4 医師氏名、訂正箇所は自署（フルネーム）又は押印をお願いいたします。			

小腸の機能障害の状況及び所見

身長	cm	体重	kg	体重減少率	%
				(観察期間	)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見

ア 切除小腸の部位	長さ	cm
イ 残存小腸の部位	長さ	cm

〔手術施行医療機関名 (手術記録の写しを添付してください。)]

(2) 小腸造影所見〔(1)が不明なときは、小腸造影の写しを添付してください。]

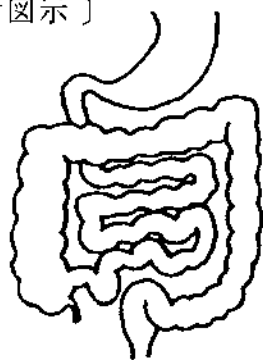
推定残存小腸の長さ、その他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他参考となる所見

(注意) 1 及び 2 が併存する場合は、その旨を併記してください。

〔参考図示〕



切除部位 

病変部位 

3 栄養維持の方法 (該当する項目を○で囲んでください。)

(1) 中心静脈栄養法

ア 開始	日	年	月	日
イ カテーテル留置部位	_____			
ウ 装具の種類	_____			

エ 最近 6 か月間の実施状況 (最近 6 か月間に 日間)
オ 療 法 の 連 続 性 (持続的・間歇的)
カ 熱 量 (1 日当たり kcal)

(2) 経腸栄養法

ア 開 始 日 年 月 日

イ カテーテル留置部位

ウ 最近 6 か月間の実施状況 (最近 6 か月間に 日間)

エ 療 法 の 連 続 性 (持続的・間歇的)

オ 熱 量 (1 日当たり kcal)

(3) 経口摂取

ア 摂取の状態 (普通食、軟食、流動食、低残渣食)

イ 摂 取 量 (普通量、中等量、少量)

4 便の性状 (下痢、軟便、正常) 排便回数 (1 日 回)

5 検査所見 (測定日 年 月 日)

赤 血 球 数	/mm ³	血 色 素 量	g/dl
血 清 総 蛋 白 濃 度	g/dl	血 清 アルブミン濃度	g/dl
血清総コレステロール濃度	mg/dl	中 性 脂 肪	mg/dl
血清ナトリウム濃度	mEq/l	血 清 カ リ ウ ム 濃 度	mEq/l
血 清 ク ロ ー ル 濃 度	mEq/l	血清マグネシウム濃度	mEq/l
血清カルシウム濃度	mEq/l		

備考

- 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいいます。
- 2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による 1 日当たりの熱量は、1 週間の平均値によるものとします。
- 3 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいいます。
- 4 小腸切除（等級表の 1 級又は 3 級に該当する大量切除の場合を除く。）又は小腸疾患による小腸機能障害の障害程度については再認定を要します。
- 5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時をもって行うものとし、それ以外の小腸機能障害の場合は 6 か月の観察期間を経て行うものとします。