

診断書の記載について

必ず記載があること。
(記載内容については、審査上のことなのでチェックは不要であるが、全く記載の無いものは審査自体ができない。)

事故などによるもの、急病を契機とするものは、年月日まで必要である。
疾病等で、徐々に進行したものは、年月まで、または発病年齢でも可。
「不詳」とあれば、窓口にて何歳ころなのか聞いて、付箋メモにて伝えて欲しい。

診断書作成日がないもの、受理時点で診断日が2カ月以上前のものは無効である。加筆は不可。
申請者に返して医師の加筆を依頼するものは、医師による記載を確認するため、押印を依頼する。

総括表および診断書・意見書の内容については審査の対象となるので、チェックは不要である。しかし、窓口にて事務的に確認すれば足る事項については、その場で対応をお願いしたい。ここに記載した項目については窓口で確認いただければ、再調査を行う必要がなくなるので迅速な交付が可能となる。

身体障害者診断書・意見書 (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、 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	印
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 歯科矯正治療等の適応を判断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。		

氏名・住所・生年月日、性別が申請書および住民票と一致しているか確認する。

医療機関名および当該科目の指定医であるかどうかの確認は必ず行う。

確認	項 目
	診断書作成日
	指定医が診断を行った病院・診療所等の名称
	診療科目
	指定医師の氏名・15条の有無
	押印

指定医の確認を行ったら欄外のこのあたりに確認「済」、「確認」、指定医「有」、「15条 OK」などの確認印を押す。なお、県外については県リハにて確認する。

「該当する」に○があり、「1」から「6」までの等級が記載されていること。無ければ申請者に返して医師に記載を求める。新規交付において、「該当しない」に○がある場合、あるいは「該当する」に○があるが、「7」級となっている場合は本来申請の対象にはならないので、受理せず主治医と再度相談することを申請者に助言する。(ただし、再認定の場合には障害が軽減されたり非該当となったりする可能性があるため受理する)

なお、「程度変更のための再交付」の申請であるのにも関わらず、同じ部位の障がい度等級が申請前と同じ場合には、必ず申請者にその理由を確認すること。再認定のためであれば、「程度変更のための再交付」を抹消し、申請書に「再認定」と朱書き追記して進達する。
(障害者本人等が現在の障害について程度が重くなったと認識していても、指定医が診断書の障害程度にこれを記載しなければその障害程度は現在の等級内の変化と考えられる。また、「医師は3級になると言った」と申請者から申し出があっても、書類上確認できなければ無効である)

総括表

この総括表は、全ての診断書・意見書に共通の様式であり、審査の基本となるので、記載の有無、年月日の記載もれや年月日の不整合については、進達前に確認願いたい。