

総括表

<input type="checkbox"/> 高度の排便機能障害	
(1) 原因 <input type="checkbox"/> 先天性疾患に起因する神経障害 <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 400px; margin: 5px 0;"></div> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">(例：二分脊椎 等)</div> <input type="checkbox"/> その他 <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="font-size: 40px; margin-right: 10px;">{</div> <div style="flex-grow: 1;"> <input type="checkbox"/> 先天性鎖肛に対する肛門形成術 手術日： <div style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">年 月 日</div> <input type="checkbox"/> 小腸肛門吻合術 手術日： <div style="display: inline-block; width: 100px; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">年 月 日</div> </div> </div>	(2) 排便機能障害の状態・対応 <input type="checkbox"/> 完全便失禁 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 週に2回以上の定期的な用手摘便が必要 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 400px; height: 100px; margin: 10px 0;"></div>

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な排便機能障害があるもの

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。）					
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日 </div>					
⑤ 総合所見					
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 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 </div>					
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。 <div style="margin-top: 10px;"> 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 </div>					
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 <div style="margin-top: 10px;"> ・ 該当する (級相当) </div> <div style="margin-top: 10px;"> ・ 該当しない </div>					
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。 4 医師氏名を自署する場合においては、押印を省略することができます。					

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、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- ・１～３の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□に✓を入れ、必要事項を記述すること。
- ・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もち、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


(１) 種類・術式

① 種類

<input type="checkbox"/> 腎瘻	<input type="checkbox"/> 腎盂瘻
<input type="checkbox"/> 尿管瘻	<input type="checkbox"/> ぼうこう瘻
<input type="checkbox"/> 回腸(結腸)導管	
<input type="checkbox"/> その他	[_____]

② 術 式：[_____]

③ 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（部位、大きさについて図示）
☐ ストマの変形
☐ 不適切な造設箇所

☐ 無

☐ 高度の排尿機能障害

(１) 原因

☐ 神経障害

☐ 先天性：[_____]
 (例：二分脊椎　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及び対応



☐ カテーテルの常時留置

☐ 自己導尿の常時施行

☐ 完全尿失禁

☐ その他

{

2. 直腸機能障害	
<div style="margin-bottom: 10px;"><input type="checkbox"/> 腸管のストマ</div> <div style="margin-bottom: 10px;">(1) 種類・術式</div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;">① 種類</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 空腸・回腸ストマ <input type="checkbox"/> 上行・横行結腸ストマ <input type="checkbox"/> 下行・S状結腸ストマ <input type="checkbox"/> その他[] </div> </div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;">② 術式：</div> <div style="margin-bottom: 10px;">③ 手術日： 年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div> <p style="text-align: center;">(ストマ及びびらんの部位等を図示)</p>	<div style="margin-bottom: 10px;">(2) ストマにおける排便処理の状態</div> <div style="margin-bottom: 10px;">○ 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</div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 有 (理由) <div style="margin-left: 20px; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 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 (部位、大きさについて図示) <input type="checkbox"/> ストマの変形 <input type="checkbox"/> 不適切な造設箇所 </div> </div> <div><input type="checkbox"/> 無</div>
<div style="margin-bottom: 10px;"><input type="checkbox"/> 治癒困難な腸瘻</div> <div style="margin-bottom: 10px;">(1) 原因</div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="margin-right: 10px;">① 放射線障害</div> <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> 疾患名： </div> </div> </div> <div style="margin-bottom: 10px;">② その他</div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 疾患名： </div> <div style="margin-bottom: 10px;">(2) 瘻孔の数： 個</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">  </div> <p style="text-align: center;">(腸瘻及びびらんの部位等を図示)</p>	<div style="margin-bottom: 10px;">(3) 腸瘻からの腸内容の洩れの状態</div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 大部分 <input type="checkbox"/> 一部分 </div> <div style="margin-bottom: 10px;">(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態</div> <div style="margin-bottom: 10px;"> <input type="checkbox"/> 軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある (部位、大きさについて図示) </div> <div> <input type="checkbox"/> その他 <div style="margin-left: 20px; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px; margin-top: 10px; height: 50px; width: 250px;"></div> </div>