

5 診断書様式（第7号様式）

身体障害者診断書・意見書

総括表

（ 呼吸器機能障害用 ）

氏 名	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生（ ）歳 令和	男 ・ 女
住 所		
① 障害名 呼 吸 器 機 能 障 害		
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、 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みます。） 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（軽減化・重度化）・ 不要 】（再認定時期 年 月）		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 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		
備考 1 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、じん肺、肺気腫 ^{しゅ} 等原因となった基礎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、神奈川県社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。		

[illegible]