



様式第3号

身体障害者診断書・意見書（小腸機能障害用）

氏名	明治・昭和 大正・平成	年 月 日生（ ）歳	男・女
住所			
① 障害名	小腸機能障害		
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、疾病 先天性、震災、震災以外の天災、その他（ ）		
③ 疾病・外傷発生日	昭和 平成	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） 昭和・平成 年 月 日			
⑤ 総合所見（障害の程度を詳細に記入。）			
〔将来再認定 要（軽症化・重症化）・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。			
平成 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 印			
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 障害区分や等級決定のため、兵庫県社会福祉審議会から改めて照会する場合があります。			

小腸の機能障害の状況及び所見

1 身体計測

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体重減少率 _____ %
 (観察期間 _____)

2 小腸切除の場合

(1) 手術所見 (できれば手術記録の写しを添付すること。)

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 _____)

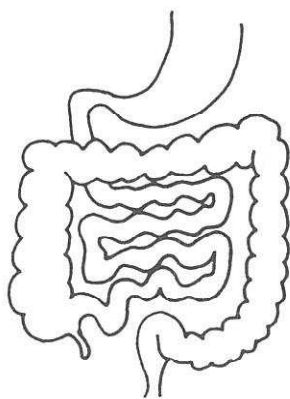
(2) 小腸造影所見 (1が不明なときは、小腸造影の写しを添付すること。)



推定残存小腸の長さ、その他の所見

3 小腸疾患の場合

病変部位、範囲、その他の参考となる所見

[参考図示]



切除部位 
 病変部位 

4 栄養維持の方法 (該当するものを○で囲むこと。)

(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 実施状況 (最近6箇月間に _____ 日間)

オ 療法の連続性 [持 続 的 ・ 間 欠 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 実 施 状 況 (最近6箇月間に 日間)
 エ 療 法 の 連 続 性 [持 続 的 ・ 間 欠 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]

5 便の性状

ア [下痢・軟便・正常]

イ 排便回数 (1日 回)

6 検査所見 (測定日 年 月 日)

ア 赤血球数 _____ /mm ³	キ 血清ナトリウム濃度 _____ mEq/l
イ 血色素量 _____ g/dl	ク 血清カリウム濃度 _____ mEq/l
ウ 血清総蛋白濃度 _____ g/dl	ケ 血清クロール濃度 _____ mEq/l
エ 血清アルブミン濃度 _____ g/dl	コ 血清マグネシウム濃度 _____ mEq/l
オ 血清総コレステロール 濃 度 _____ mg/dl	サ 血清カルシウム濃度 _____ mEq/l
カ 中性脂肪 _____ mg/dl	

- 注 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離を記入する。
 2 小腸切除及び小腸疾患が併存する場合は、その旨を併記する。
 3 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する。
 4 「経腸栄養法」とは、経管により成分栄養を与える方法をいう。
 5 小腸切除（等級表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する。
 6 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箇月の観察期間を経て行うものとする。