**身体障害者診断書・意見書作成の注意事項（再提出を要する事項）**

身体障害者手帳診断書・意見書の作成希望の方、作成する医師の方へ

|  |
| --- |
| **身体障害者福祉法第１５条第１項の指定医師のみが、指定障害区分に限り作成できます。****指定されていない医師が作成したもの、指定障害区分以外のものでは、申請できません。** |

診断書・意見書の作成の際は、次の事項に十分御留意くださるようお願いします。

なお、注意事項を踏まえて診断書・意見書が作成されていない場合は、内容確認のため再提出をお願いすることがあります。再提出の場合、身体障害者手帳の交付が遅くなります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 項目 | 注意事項 |
| 肢体不自由 |  | 等級意見 |   目的動作能力だけではなく、**その状態を裏付ける客観的、医学的所見（筋力テスト（ＭＭＴ）など）**から記入してください。 **※ １キロメートル歩けない状態だけをもって、一律一下肢の著しい障害４級になりません。目的動作能力のほかＭＭＴ等の検査データを重視します。** **※** **軽度機能障害７級の場合、身体障害者手帳交付の対象になりません。** |
|  | 機能障害 | 記載事項 | (1) **筋力テスト（ＭＭＴ）、関節可動域（ＲＯＭ）**(2) **握力値**(3) **補装具等を使用しない状態での歩行能力・起立位・座位の状態** |
|  | 欠損 | 記載事項 | (1) **１／２「以上」**か**「未満」**か(2) **下肢長** (下肢の欠損の場合)(3) **ＩＰ関節、ＰＩＰ関節の残存の有無** (手指・足趾の欠損の場合) **※ ＩＰ関節、ＰＩＰ関節が残存している場合、欠損に該当しません**。 |
|  | 程度変更・再認定 | 記載事項 | **既認定分の障害の現時点での状態** **※ 既に認定されている障害名、等級はそのまま認定せず、現時点での状態で新** **たに認定します。未記載の場合、認定できません。** |
|  | 脳血管障害 | 再認定 |  発症から**３か月経過程度**の場合は、「軽度化による将来再認定」を**「要」**とし、**再認定の時期（１年後）**を記入してください。 |
|  | 廃用症候群 | 障害固定 |   原因疾病が廃用症候群の場合は、原因発生から**６か月経過以降**に診断してください。 |
|  |  | 記載事項 |  原因発生の時期**（安静臥床状態となった時期）** |
|  | 人工関節置換 | 障害固定 |   **術後６か月経過以降**に診断してください。 |
|  | 記載事項 | (1) 手術日(2) 筋力テスト（ＭＭＴ）や関節可動域（ＲＯＭ） |
|  | 等級意見 | 　 **筋力テスト（ＭＭＴ）や関節可動域（ＲＯＭ）等の状態**から記入してください。 **※ 人工関節等置換をもって一律機能全廃４級にはなりません。****筋力や関節可動域等の状態から軽度機能障害（７級）の場合には、身体障害** **者手帳交付の対象になりません。** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 項目 | 注意事項 |
| 視覚障害白内障 | 障害固定 |  **手術後６か月経過以降**に診断してください。 **※** **手術により改善が見込まれるため、原則として認定することが困難です**。 |
| 記載事項 | (1) 視覚障害が白内障に影響しない場合は、白内障の進行度(2) 手術することができない場合は、手術できない理由 |
| 輪状暗点求心性視野狭窄 | 認定対象 | 求心性視野狭窄や輪状暗点の判断を伴う場合は、ゴールドマン全視野表及び眼底写真を添付してください。 |
| 心臓機能障害ペースメーカ（先天性疾患の場合を除く） | 障害固定 | **術後半月程度経過以降**に診断してください。（ペースメーカの適応度クラスⅠ以外の場合） |
| 等級意見 | **植え込みから３年以内（新規）の場合**　**適応度［クラス］と身体活動能力（運動強度）［メッツ］**から記入してください。**※** **ペースメーカ等の植え込みをもって一律１級にはなりません。** |
| **再認定・植え込みから３年経過の場合****身体活動能力（運動強度）［メッツ］**のみから記入してください。**※** **ペースメーカの適応度「クラスⅠ」をもって１級にはなりません**。 |
| 再認定 | 植え込みから３年以内（新規）で１、３級の場合は、必ず植え込みから３年以内の再認定を記入してください。 |
| 心臓・呼吸器機能障害 | 記載事項 | (1) **心電図所見**、**動脈血ガス**は、診断日から**直近３か月以内**で、**安定期**の 検査データ(2) 検査データが入院中・退院前後の場合、**入院の内容（症状増悪、精査入** **院など）、入退院日、退院後の経過観察の必要性の有無****※ ３か月を経過している場合や発症直後、症状増悪による入院時などの急性期の** **場合は、改めて検査をお願いする場合があります。** |
| じん臓機能障害透析 | 認定対象 | **血清クレアチニン濃度３．０mg／㎗以上**であることが必要です。**※ 透析治療実施だけをもって一律１級にはなりません**。 |
| ぼうこう・直腸機能障害ストマ | 認定対象 | **永久的造設**のものに限られています。障害認定の対象となる場合には、**永久的造設**と記載してください。 **※ 再認定が付されている場合や将来閉鎖予定と記載がある場合は、永久的造** **設ではないとし、身体障害者手帳交付の対象になりません。** |
| 再認定 | 記載事項 | (1) **重度化**することが予想される場合は、**「不要」**としてください。(2) 将来障害の程度が**軽度化**することが予想される場合**のみ**「要」としてください。 **※ 将来的な手術、機能回復訓練の実施、６才未満の成長期、脳血管障害発症後** **３か月程度の比較的早い時期などの場合** |