

# 鳥取県公報

毎週火曜日及び  
金曜日発行  
(当日が休日に当り、その翌日)

## 目 次

◇規 則 鳥取県身体障害者福祉法施行細則(社会課)

公布された規則のあらまし

### ◇鳥取県身体障害者福祉法施行細則

- 一 この規則は、身体障害者福祉法及び身体障害者福祉法施行規則の施行に關し必要な事項を定めるものとした。(第一条関係)
- 二 知事は、身体障害者福祉法指定医の指定を行ったときは、告示するものとした。(第三条関係)
- 三 次に掲げる書類の様式を定めることとした。(第二条、第四条、第十四条関係)
- 1 指定医同意書
- 2 指定医の標示

- 3 身体障害者診断書・意見書
- 4 身体障害者居住地等変更届出書
- 5 身体障害者手帳再交付申請書
- 6 身体障害者手帳返還書
- 7 病院等指定(医療種類変更承認)申請書
- 8 薬局指定申請書
- 9 指定医療機関変更届出書
- 10 指定医療機関休止(廃止・再開)届出書
- 11 指定医療機関処分届出書
- 12 指定医療機関辞退届出書
- 13 身体障害者居宅生活支援事業開始届出書
- 14 身体障害者居宅生活支援事業変更届出書
- 15 身体障害者居宅生活支援事業廃止(休止)届出書
- 16 身体障害者更生援護施設台帳
- 17 入所者台帳
- 四 1 この規則は、公布の日から施行することとした。
- 2 所要の経過措置を講ずることとした。

## 規 則

鳥取県身体障害者福祉法施行細則をここに公布する。

平成六年三月二十八日

鳥取県知事 西 尾 邑 次

鳥取県規則第十七号

鳥取県身体障害者福祉法施行細則

身体障害者福祉法施行細則（昭和三十四年四月鳥取県規則第十三号）の全部を改正する。

（趣旨）

第一条 この規則は、身体障害者福祉法（昭和二十四年法律第二百八十三号。以下「法」という。）及び身体障害者福祉法施行規則（昭和二十五年厚生省令第十五号。以下「省令」という。）の施行に關し必要な事項を定めるものとする。

（指定の同意）

第二条 省令第三条第二項の同意は、指定医同意書（様式第一号）を提出してしなければならない。

（医師の指定等の告示）

第三条 知事は、法第十五条第一項に規定する医師（以下「指定医」という。）を指定し、又はその指定を取り消したときは、その旨を告示するものとする。

（指定医の標示）

第四条 指定医は、その旨の標示（様式第二号）を、見やすい場所に掲示しなければならない。  
（指定医の診断書等）

第五条 省令第四条第一項第一号に規定する指定医の診断書及び同項第二号に規定する意見書は、身体障害者診断書・意見書（様式第三号）によるものとする。

（身体障害者の居住地等の変更届）

第六条 省令第十条第一項（省令第十一条において準用する場合を含む。）の規定による届出は、身体障害者居住地等変更届出書（様式第四号）を提出してしなければならない。

（身体障害者手帳の再交付の申請）

第七条 省令第十二条第一項又は第十二条の三第一項の規定による申請は、身体障害者手帳再交付申請書（様式第五号）を提出してしなければならない。

（身体障害者手帳の返還）

第八条 省令第十二条第二項、第十二条の三第二項又は第十二条の四第一項若しくは第二項の規定による身体障害者手帳の返還は、身体障害者手帳返還書（様式第六号）を提出してしなければならない。

（医療機関の指定等の申請書）

第九条 省令第十三条の三第一項又は第十三条の六第一項に規定する申請書は、病院等指定（医療種類変更承認）申請書（様式第七号）によるものとする。

2 省令第十三条の三第二項に規定する申請書は、薬局指定申請書（様式第八号）によるものとする。

（指定医療機関の変更等の届出）

第十条 省令第十三条の七第一項の規定による届出は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める届出書を提出してしなければならない。

一 省令第十三条の七第一項第一号に掲げる場合 指定医療機関変更届出書(様式第九号)

二 省令第十三条の七第一項第二号に掲げる場合 指定医療機関休止(廃止・再開)届出書(様式第十号)

三 省令第十三条の七第一項第三号に掲げる場合 指定医療機関処分届出書(様式第十一号)

(指定医療機関の辞退の申出)

第十一条 省令第十三条の八第一項の規定による申出は、指定医療機関辞退届出書(様式第十二号)を提出してしなければならない。

(身体障害者居宅生活支援事業の開始等の届出)

第十二条 法第二十六条第一項の規定による届出は、身体障害者居宅生活支援事業開始届出書(様式第十三号)を提出してしなければならない。

2 省令第二十条の三の規定による届出は、身体障害者居宅生活支援事業変更届出書(様式第十四号)を提出してしなければならない。

(身体障害者居宅生活支援事業の廃止等の届出)

第十三条 法第二十六条第二項の規定による届出は、身体障害者居宅生活支援事業廃止(休止)届出書(様式第十五号)を提出してしなければならない。

(身体障害者更生援護施設台帳等)

第十四条 法第二十七条第二項から第四項までの規定により設置されている身体障害者更生援護施設には、次に掲げる台帳を備え、必要な事項を記載しておかなければならない。

一 身体障害者更生援護施設台帳(様式第十六号)

二 入所者台帳(様式第十七号)

附 則

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 この規則の施行の際現に存する用紙又は書類で、改正前の鳥取県身体障害者福祉法施行細則に定めるところにより作成されているものは、この規則の規定にかかわらず、当分の間、所要の調整をした上でこの規則に定める用紙又は書類として使用することができる。

様式第1号（第2条関係）

指 定 医 同 意 書

職 氏 名 殿

下記のとおり、身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として  
指定されることに同意します。

年 月 日

医師氏名

記

㊦

所属する 病院等	名 称	上記指定に同意します。  年 月 日
	所在地	
開設者の同意		医療機関開設者 氏名又は名称及び 代表者の氏名

㊦

様式第2号（第4条関係）

身体障害者福祉法指定医

（注） 規格は、縦125ミリメートル、横55ミリメートル程度とし、材  
料は、金属又は木材を用いること。

様式第3号 (第5条関係)

身体障害者診断書・意見書

総 括 表 ( 障害者 )

氏 名	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・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。)

⑤総合所見  
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日

⑥その他参考となる合併症状  
〔将来再認定 要 (再認定の時期 年 月) ・不要〕

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 医師氏名 ⑩

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、参考意見を記入すること。)  
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

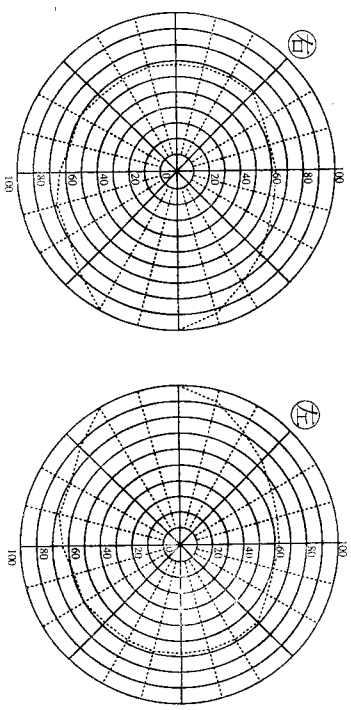
(注) 1 「障害名」欄には、現在起っている障害 (両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等) を、「原因となった疾病・外傷」欄には、原因となった疾患等 (角膜炎、先天性難聴、脳卒中、白内障等) を、それぞれ記入すること。県又は県社会福祉協議会から改めて照会する場合がある。

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

裸 眼	矯 正		
右	( × )	DCy1	Dax )
左	( × )	DCy1	Dax )

2 視 野



視覚障害の計測は、点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

3 現 症

外 透 光 体 眼	右	左
中 透 光 体 眼		
眼		

聴覚、平衡、音声・言語又はしゃやくの機能障害の状況及び所見

1 聴覚障害の状況及び所見

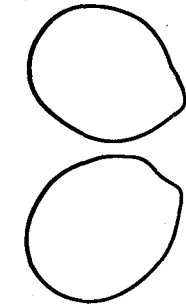
- (1) 聴力 (会話音域の平均聴力レベル)  
 (4) 聴力検査の結果 (ア又はイのいずれかを記入すること。)

右	dB
左	dB

ア 純音による検査  
 オージオメータの型式 \_\_\_\_\_

「聴力レベル (新規格) ・聴力損失 (旧規格) (該当するものを○で囲むこと。)」

伝音性難聴
感音性難聴
混合性難聴



	500	1,000	2,000	Hz
0				
10				
20				
30				
40				
50				
60				
70				
80				
90				
100dB				

イ 語音による検査

2 平衡機能障害の状況及び所見

3 音声・言語機能障害の状況及び所見

4 しゃやく機能障害の状況及び所見 (唇齶口蓋裂の場合は、唇齶口蓋裂形成手術の有無も記入すること。)

(注) 聴力障害の認定にあたり、昭和57年8月14日の改正後のJIS規格 (新規格) によるオージオメータで測定したdB値については、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとして (a、b、cのいずれか1又は2において100dBの音が聴取できない場合は、その値を105dBとして)、 $\frac{a+2b+c}{4}$ の算式により聴力レベルを算定すること。

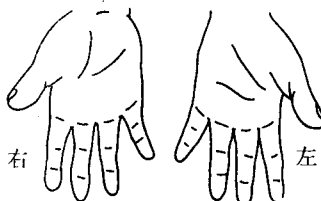
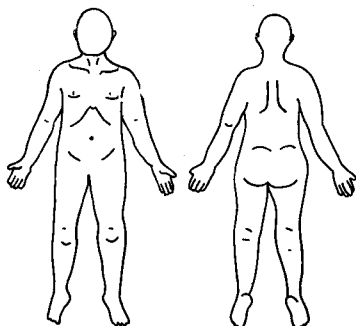
当該改正前のJIS規格 (旧規格) によるオージオメータで測定したdB値については、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとして (a、b、cのいずれか1又は2において90dBの音が聴取できない場合は、その値を95dBとして)、 $\frac{a+2b+c}{4} + 10$ の算式により聴力レベルを算定すること。

なお、これは、旧規格によるオージオメータの使用が認められる間の暫定的取り扱いである。

肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見、その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見を記入すること。）

- 1 感覚障害（下記に図示すること。）（有〔感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚〕・無）
- 2 運動障害（下記に図示すること。）（有〔弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他〕・無）
- 3 起因部位（脳・脊椎・末梢神経・筋肉・骨関節・その他）
- 4 排尿・排便機能障害（有・無）
- 5 形態異常（有・無）



× 変形 切離断 感覚障害 運動障害

（必要な部分のみ記入すること。）

	右	左
上肢長cm		
下肢長cm		
上腕周径cm		
前腕周径cm		
大腿周径cm		
下腿周径cm		
握力cm		

（注）計測法は、次によること。

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径：最大周径

下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果

大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径  
（小児等の場合は別記）

上腕周径：最大周径

下腿周径：最大周径

動作・活動の状況

（自立—○、半介助—△、全介助又は不能—×のいずれかを記入し、（ ）の中のものを使うときは、それを○で囲むこと。）

寝がえりをする	シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
いすに腰かける	ブラシで歯を磨く（自助具）	
立つ（手すり・壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具）	顔を洗いタオルでふく	
	タオルを絞る	
家の中を移動する（壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具・車いす）	背中を洗う	
洋式便器に座る	二階まで階段を上って下りる（手すり・つえ・松葉づえ）	
排泄の後始末をする	屋外を移動する【家の周辺程度】（つえ・松葉づえ・車いす）	
食事をする（はし・スプーン・自助具）		
コップで水を飲む	公共の乗り物を利用する	

- （注）
- 1 上肢に関して、片麻痺の場合は障害のある側の機能について記入すること。
  - 2 （ ）内の用具等の使用により、自立又は半介助となる場合は、該当の用具を○で囲んだ上で、自立の場合は○、半介助の場合は△を記入すること。

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT)

(必要な部分のみ記入すること。)

筋力テスト ( )	関節可動域	筋力テスト ( )	関節可動域	筋力テスト ( )
筋力テスト ( )	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	筋力テスト ( )	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	筋力テスト ( )
( ) 前屈		後屈 ( )	( ) 左屈	右屈 ( )
( ) 前屈		後屈 ( )	( ) 左屈	右屈 ( )
右	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	伸 展 ( )	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	左
( ) 屈曲		伸 展 ( )	( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 外転		内 転 ( )	( ) 内 転	外 転 ( )
( ) 外旋		内 旋 ( )	( ) 内 旋	外 旋 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	ひじ ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 回外		回 内 ( )	前 腕 ( ) 回 内	回 外 ( )
( ) 掌屈		背 屈 ( )	( ) 背 屈	掌 屈 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	母 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	示 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	中 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	環 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	小 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	母 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	示 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	中 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	環 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	小 ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	( ) 屈曲	伸 展 ( )	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	( ) 屈曲
( ) 外転		内 転 ( )	( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 外旋		内 旋 ( )	( ) 内 転	外 転 ( )
( ) 屈曲		伸 展 ( )	( ) 内 旋	外 旋 ( )
( ) 底屈		背 屈 ( )	ひざ ( ) 伸 展	屈 曲 ( )
( ) 底屈		背 屈 ( )	足 ( ) 背 屈	底 屈 ( )

備 考

- (注) 1 関節可動域は、原則として他動的可動域とし、基本肢位を0度とする日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会の指定する表示法により |←→| のように両端に太線を引き、その間を矢印で結んで表示し、強直の場合は、強直肢位に波線 (S) を引くこと。
- 2 筋力については、( ) 内に次の区分により、×、△又は○を記入すること。  
 ×印は、筋力が消失し又は著減している場合 (筋力0、1、2該当)  
 △印は、筋力が半減している場合 (筋力3該当)  
 ○印は、筋力が正常又はやや減の場合 (筋力4、5該当)
- 3 (PIP) では、親指は (IP) 関節について記入すること。
- 4 DIPその他手指の対立内外転等については、必要に応じ「備考」欄に表示する。
- 5 图中斜線の部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動の場合は、この部分にはみ出して記入することになる。



脳原性運動機能障害

1 上肢機能障害

(1) 両上肢機能障害

<ひも結びテスト結果>

- 1 度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本
  - 2 度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本
  - 3 度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本
  - 4 度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本
  - 5 度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本
- 計 \_\_\_\_\_ 本

(2) 一上肢機能障害

<5動作の能力テスト結果>

- ア 封筒をはさみで切る時に固定する。(可 能・不可能)
- イ 財布からコインを出す。(可 能・不可能)
- ウ 傘をさす。(可 能・不可能)
- エ 健肢側の爪を切る。(可 能・不可能)
- オ 健肢側のそで口のボタンをとめる。(可 能・不可能)

2 移動機能障害

<下肢・体幹機能評価結果>

- ア 伝い歩きをする。(可 能・不可能)
  - イ 支持なしで立位を保持し、その後10m歩行する。(可 能・不可能)
  - ウ いすから立ち上がり10m歩行し、再びいすに座る。(可 能・不可能)
- 所要時間 \_\_\_\_\_ 秒
- エ 50cm幅の範囲内を直線歩行する。(可 能・不可能)
  - オ 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる。(可 能・不可能)

(注)

1 脳性麻痺の者及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で、肢体不自由一般の測定方法を用いることが著し

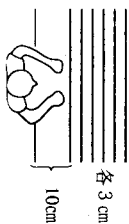
く不利なものについてのみ、この様式によること。

2 上肢機能障害に係るテストは、具体的に次の方法によること。

(1) ひも結びテスト

ア 事務用とじひも(おおむね43cm規格のもの)を使用する。

イ とじひもを机の上、被験者の前方に右の図のように並べ、被験者は、手前のひもから順にひもの両端をつまんで軽くひと結びする。(この場合、手を机上に浮かして結ぶこととし、上肢を体や机に押し付けて固定してはいけな



い。)

ウ 結び目の位置は問わない。

エ ひもが落ちたり、位置から外れたときはには、検査担当者が戻す。

オ ひもは、検査担当者が随時補充する。

カ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。

(2) 5動作の能力テスト

ア 封筒をはさみで切る時に固定する。

イ 患手で封筒をテーブル上に固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。

ウ 患手を健手で持って封筒の上に乗せてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してよい。はさみはどのようなを用いてもよい。

イ 財布からコインを出す。

ウ コインを患手で持ち、テーブル面上ではなく空中に支え、健手でコインを出す。ジッパー等を開けて閉めることを含む。

エ 傘をさす。

ウ 開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく座応のままでもよい。肩に担いではいけない。

エ 健肢側の爪を切る。

ウ 大きめの爪切り(約10cm)で特別な細工のないものを患手で持って行う。

オ 健肢側のそで口のボタンをとめる。

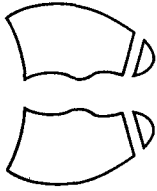
ウ のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンをかける。女性の被験者の場合も、男性用ワイシャツを用いる。

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳以上用)

1 臨床所見

ア 動悸 (有・無) キ 浮腫 (有・無)  
 イ 息切れ (有・無) ク 心拍数 \_\_\_\_\_  
 ウ 呼吸困難 (有・無) ケ 脈拍数 \_\_\_\_\_  
 エ 胸痛 (有・無) コ 血圧 (最大 \_\_\_\_\_, 最小 \_\_\_\_\_)  
 オ 血痰 (有・無) サ その他臨床所見 ( \_\_\_\_\_ )  
 カ チアノーゼ (有・無) シ その他臨床所見 ( \_\_\_\_\_ )  
 ク 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状、頻度、持続時間等 ( \_\_\_\_\_ )

2 胸部エックス線所見 ( 年 月 日 )



心胸比 \_\_\_\_\_

3 心電図所見 ( 年 月 日 )

ア 陳旧性心筋梗塞 (有・無)  
 イ 心室負荷像 (有〔右室・左室・両室〕・無)  
 ウ 心房負荷像 (有〔右房・左房・両房〕・無)  
 エ 脚ブロック (有・無)  
 オ 完全房室ブロック (有・無)  
 カ 不完全房室ブロック (有〔第 度〕・無)  
 キ 心房細動 (粗動) (有・無)  
 ク 期外収縮 (有・無)  
 ケ S T の低下 (有〔 mV 〕・無)  
 コ 第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導 (ただし、V1 を除く。) のいずれかの T の逆転 (有・無)  
 サ 運動負荷心電図における S T の 0.1 mV 以上の低下 (有・無)  
 シ その他の心電図所見 ( \_\_\_\_\_ )  
 ス 不整脈発作のある場合は、その発作中の心電図所見 (発作年月日も記 \_\_\_\_\_ )

載すること。) ( \_\_\_\_\_ )

4 活動能力の程度

ア 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動も著しく制限されることのないもの、又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起らないもの

イ 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの、又は頻繁に頻脈発作を繰り返し、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの

ウ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起るもの

エ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起るもの、又は頻繁に頻脈発作を起し、救急医療を繰り返し必要としているもの

オ 安静にしているとき若しくは自己の身の日常日常生活活動をしているときでも心不全症状若しくは狭心症症状が起るもの、又は繰り返してアダムスストークス発作が起るもの

5 人工ペースメーカー (有・無)

人工弁移植、弁置換 (有・無)

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満用)

1 臨床所見

- ア 著しい発育障害 (有・無)      オ チアノーゼ (有・無)  
 イ 心音・心雑音の異常 (有・無)      カ 肝 腫 大 (有・無)  
 ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)      キ 浮 腫 (有・無)  
 エ 運 動 制 限 (有・無)

2 検査所見

- (1) 胸部エックス線所見 (      年      月      日 )  
 ア 心胸比0.56以上 (有・無)  
 イ 肺血流量増又は減 (有・無)  
 ウ 肺静脈うっ血像 (有・無)



心胸比

(2) 心電図所見

- ア 心室負荷像 (有〔右室・左室・両室〕・無)  
 イ 心房負荷像 (有〔右房・左房・両房〕・無)  
 ウ 病的不整脈 (有〔種類〕・無)  
 エ 心筋障害像 (有〔所見〕・無)  
 (3) 心エコー図、冠動脈造影所見 (      年      月      日 )  
 ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 (有・無)  
 イ 冠動脈瘤又は拡張 (有・無)  
 ウ その他 (      )

3 養護の区分

- ア 6か月～1年ごとの観察を要するもの  
 イ 1か月～3か月ごとの観察を要するもの  
 ウ 症状に応じて医療を要するもの  
 エ オには該当しないが、継続的医療を要するもの  
 ホ 重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で、継続的医療を要するもの

じん臓の機能障害の状況及び所見

1 じん機能

- ア 内因性クレアチニンクリアランス値 (      ml/分 ) ・測定不能  
 イ 血清クレアチニン濃度 (      mg/dl )  
 ウ 血清尿素窒素濃度 (      mg/dl )  
 エ 24時間尿量 (      ml/日 )  
 ホ 尿所見 (      )

2 その他参考となる検査所見 (胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等)

3 臨床症状

- ア じん不全に基づく末梢神経症 (有〔所見〕・無)  
 イ じん不全に基づく消化器症状 (有〔食欲不振・悪心・嘔吐・下痢〕・無)  
 ウ 水分電解質異常 (有〔 $\text{Na}$  mEq/l,  $\text{K}$  mEq/l,  $\text{Ca}$  mEq/l,  $\text{P}$  mg/dl 浮腫・乏尿・多尿・脱水・肺うっ血〕・無) その他 (      )

エ じん不全に基づく精神異常 (有〔所見〕・無)

ホ エックス線写真所見上における (有〔高度・中等度・軽度〕・無) 骨異栄養症

カ じん性貧血 (有〔 $\text{Hb}$  g/dl,  $\text{Hc} \%$  赤血球数  $\times 10^4 / \text{mm}^3$ 〕・無)

キ 代謝性アシドーシス (有〔 $\text{HCO}_3$  最大血圧/最小血圧 mEq/l〕・無)

ク 重篤な高血圧症 (有〔 $\text{mmHg}$ 〕・無)

ケ じん不全に直接関連するその他 (有〔所見〕・無) の症状

4 現在までの治療内容 (慢性透析療法〔実施の有無、適当たりの回数及び期間〕等)

5 日常生活の制限による分類

- ア 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動も著しく制限されることのないもの
- イ 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの
- ウ 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの
- エ 自己の周辺の日常生活活動を著しく制限されるもの

呼吸器の機能障害の状況及び所見

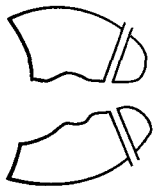
1 身体計測  
身長 cm 体重 kg

2 活動能力の程度

- ア 階段を人並みの速さで登れないが、ゆっくりなら登れる。
- イ 階段をゆっくりでも登れないが、途中休みながらなら登れる。
- ウ 人並みの速さで歩くと息苦しくなるが、ゆっくりなら歩ける。
- エ ゆっくりでも少し歩くと息切れがする。
- オ 息苦しくて身の回りのこともできない。

3 胸部エックス線写真所見 ( 年 月 日 )

- ア イ 胸 膈 癒 着 (有〔軽度・中等度・高度〕・無)
- ウ イ 氣 腫 化 (有〔軽度・中等度・高度〕・無)
- エ ウ 繊 維 化 (有〔軽度・中等度・高度〕・無)
- オ エ 不 透 明 肺 形 (有〔軽度・中等度・高度〕・無)
- イ オ 心 胸 郭 変 形 (有〔軽度・中等度・高度〕・無)
- カ カ 心・縦隔の変形 (有〔軽度・中等度・高度〕・無)



4 換気機能 ( 年 月 日 )

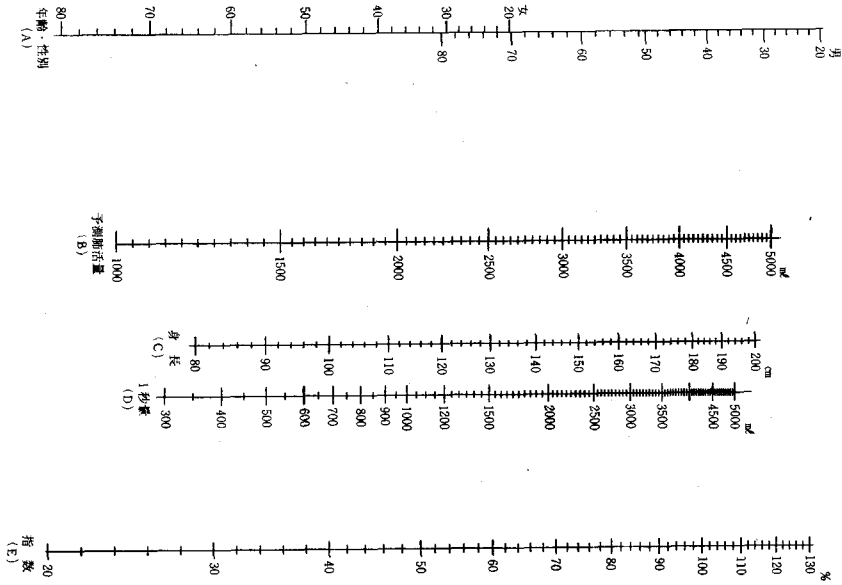
- ア イ 予測肺活量 ml
- ウ イ 1 秒 量 ml
- エ ウ 予測肺活量1秒率 % ( =  $\frac{1}{予}$  × 100 )

(ア・ウについては、次のノモグラムを使用すること。)

5 動脈血ガス ( 年 月 日 )

- ア イ O<sub>2</sub> 分 圧    Torr
- ウ イ CO<sub>2</sub> 分 圧    Torr
- エ ウ pH
- オ エ 採血から分析までに時間を要した場合  時間  分
- イ オ 耳桑血を用いた場合 ( )
- カ オ その他の臨床所見

ノモグラム



(注) 1 (A)と(C)とから、(B)上にBaldwinの予測式による予測肺活量が得られ、  
 2 (B)と(D)とから(B)上に予測肺活量に対する1秒率が得られる。から(B)上にパーセント1秒量が得られる。  
 3 (B)に実測肺活量を代入すれば、(B)と(D)とから(B)上に通常の1秒率が得られる。

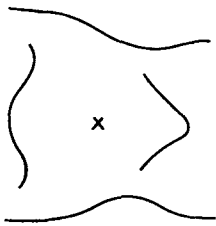
ぼうこう又は直腸の機能障害の状況及び所見

1 障害の種類

- (1) 尿路塞向 (更) のストマ造設
- ア 腎臓 (腎盂・腎臓)
  - イ 尿管 (尿管)
  - ウ 尿管 (尿管)
  - エ 尿管 (尿管)
  - オ 膀胱 (膀胱)
- (2) 人工肛門のストマ造設
- ア 回腸
  - イ 上行・横行結腸
  - ウ 下行・S字結腸
  - (3) 二分脊椎による膀胱直腸床痺
  - (4) その他の排泄機能障害

2 ストマ又は瘻口の状況及び所見

- (1) ストマ又は瘻口の状況
- ア 部位(図示)・数 \_\_\_ 個 (単孔式・双孔式)
  - イ 大きさ 縦(矢状径) \_\_\_ CM × 横 \_\_\_ CM
  - ウ 高さ (皮膚面から) \_\_\_ CM



- ウ 所見
- (ア) 陥没 (有) (無)
  - (イ) 狭窄 (有) (無)
  - (ウ) 脱出 (腸管) (有) (無)
  - (エ) ヘルニア (有) (無)
  - (オ) その他の異常所見

(2) ストマ又は瘻口周辺の皮膚の状況

- ア びらん又は潰瘍 (有) 全周・半周・四分の一周
- イ ストマ又は瘻口周辺の辺縁より最大 \_\_\_ CM
- ウ 長期にわたる装具着用 (可能・不可能)
- エ 治療による改善の見込 (有・無)
- イ 便の性状 (人工肛門のストマ造設の場合における定常的状态) (固型・半流動性・水様)
- ウ 通便のための食事の制限 (有 [内容] ) (無)
- エ 装具の使用状況
- ウ 交換の頻度 ( \_\_\_ 日に \_\_\_ 回)

(要・否)

3 排尿・排便機能障害の状況、所見及び検査成績

(1) 排尿機能障害の症状及び所見(人工肛門のストマ造設又は二分脊椎の場合)

- ア 完全尿失禁 (有・無)
- イ 腹圧性尿失禁 (有・無)
- ウ 自己導尿を常時施行 (有・無)
- エ 留置カテーテル (有・無)
- オ 排尿時腹圧の必要 (有・無)
- カ 排尿時間が60秒を越える (有・無)
- キ 残尿          ml (        %)
- ク 泌尿器科学的検査(テスキの所見がないにもかかわらず、排尿障害を訴える者についてのみ、記入すること。)

(ア) 膀胱内圧検査(検査用紙を添付すること。)

- a 過活動型 (有・無)
- b 低活動型 (有・無)

(イ) 排泄性腎造影検査

- a 水腎症 (有・無)
- b 結石形成 (有・無)

ケ 一般検査

(ア) 検尿

- a pH
  - b 比重
  - c 糖 (+) (-) (±) (-)
  - d 蛋白 (+) (-)
  - e ヲロビリノーゲン (+) (-)
  - f 尿沈査 (a) 赤血球 個/視野
  - (b) 白血球 個/視野
  - (c) 細菌 個/ml
- (イ) 血液
- a 血清尿素窒素濃度 mg/dl
  - b 血清クレアチニン濃度 mg/dl
  - c 血清カリウム濃度 mEq/l
  - d 血清クロール濃度 mEq/l

(2) 排便機能障害の症状及び所見

ア 二分脊椎の場合

- ケ) 便失禁 (完全失禁・不完全失禁)
- ク) 便秘 (有・無)
- コ) 肛門周辺の皮膚の汚染又はびらん (有・無)
- カ) 知覚障害の部位 第         (腰・仙) 髄の高さ
- キ) その他の排便機能障害の場合(腸内容の漏れの状況等)

4 日常生活の制限

起居動作に程度の制限を受けるため、一日の大半を就床している状態 (有・無)

(注) 1 日常生活の制限については、次のいずれかに該当する者についてのみ、記入すること。

- ア 尿路変向(更)のストマに、回腸人工肛門又は上行・横行結腸人工肛門のストマを併せ持ち、かつ、いずれかのストマの著しい変形又はストマ周辺の著しい皮膚のびらんがあるもの
- イ 回腸人工肛門又は上行・横行・横行結腸人工肛門のストマを持ち、かつ、高度の排便機能障害及びストマの著しい変形又はストマ周辺の著しい皮膚のびらんがあるもの
- ウ 空腸・回腸又は上行・横行結腸の放射線障害等による障害を有し、ストマ造設以外の瘻口から腸内容の大部分の漏れがあり、手術等によっても治療の見込みがなく、かつ、瘻口周辺の著しい皮膚のびらんがあるもの
- エ 1において「ストマの著しい変形又はストマ周辺の著しい皮膚のびらん」とは、ストマ用装具の装着ができないほどのストマの著しい変形又はストマ周辺の皮膚のびらんであって、治療によって軽快の見込みのないものをいう。
- オ 1において「高度の排便機能障害」とは、人工肛門造設又は二分脊椎による神経因性膀胱であって、完全尿失禁の状態又はカテーテル留置若しくは自己導尿の常時施行を必要とする状態に係るものをいう。

小腸の機能障害の状況及び所見

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

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見

ア 切除小腸の部位 \_\_\_\_\_ 長さ \_\_\_\_\_ cm  
イ 残存小腸の部位 \_\_\_\_\_ 長さ \_\_\_\_\_ cm  
オ 手術施行医療機関名 \_\_\_\_\_  
(できれば手術記録の写しを添付すること。)

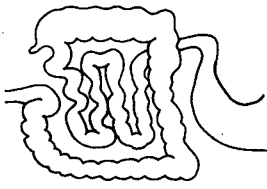
(2) 小腸造影所見 (1)が不明の場合に記入し、小腸造影の写しを添付すること。)

推定残存小腸の長さその他の所見

2 小腸疾患の場合

病変部位、病変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



(注) 1及び2が併存する場合は、その旨を併記すること。

3 栄養維持の方法

(1) 中心静脈栄養法

ア 開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
イ 器具の種類 \_\_\_\_\_  
ウ 最近6か月間の実施状況 \_\_\_\_\_  
エ 療法の連続性 \_\_\_\_\_  
オ カルネー栄養法 \_\_\_\_\_  
ア 開始日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
イ テーザー留置部位 \_\_\_\_\_  
ウ 最近6か月間の実施状況 \_\_\_\_\_  
エ 療法の連続性 \_\_\_\_\_  
オ 経口摂取 \_\_\_\_\_  
(最近6か月間に \_\_\_\_\_ 日間)  
(持続的・間歇的)  
(1日当たり \_\_\_\_\_ Kcal)

(3) 経口摂取

ア 摂取の状況 (普通食・軟食・流動食・低残渣食)  
イ 摂取量 (普通量・中等量・少量)

4 排便の状況

ア 排便回数 (1日 \_\_\_\_\_ 回)  
イ 排便性状 (下痢・軟便・正常)

5 検査所見 (測定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

ア 赤血球数 \_\_\_\_\_ /mm<sup>3</sup> キ ケ 血清ナトリウム濃度 \_\_\_\_\_ mEq/l  
イ 血色素量 \_\_\_\_\_ g/dl ク コ 血清カリウム濃度 \_\_\_\_\_ mEq/l  
ウ 血清総蛋白濃度 \_\_\_\_\_ g/dl ケ コ 血清クロール濃度 \_\_\_\_\_ mEq/l  
エ 血清アルブミン \_\_\_\_\_ g/dl コ 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 残存小腸の長さについては、腸間膜附着部の距離によるものとする。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による1日当たりの熱量については、1週間の平均値によるものとする。

3 「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。

4 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院く。) 又は小腸疾患による小腸の機能障害の障害程度については、再認定を要する。

5 障害認定の時期は、小腸大量切除の場合は手術時とし、それ以外の小腸の機能障害の場合は6か月の観察期間の経過後とする。

様式第4号 (第6条関係)

身体障害者居住地等変更届出書

職 氏 名 殿  
居住地 (氏名等) を変更したので、身体障害者福祉法施行規則 (第11条において準用する) 第10条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

年 月 日

住 所  
届出者 氏 名

(手帳本人以外の場合、本人との続柄 )  
記

変更事項	居住地	変更前	
		変更後	
氏 名	変更前		
	変更後		
その他 ( )	変更前		
	変更後		
既交付の身体障害者手帳	氏 名	( 年 月 日生 )	
	交付年月日及び番号	年 月 日交付 号	
	障害の種類及び等級	障害 第 種 級	

様式第5号 (第7条関係)

身体障害者手帳再交付申請書

職 氏 名 殿  
身体障害者手帳の再交付を受けたいので、身体障害者福祉法施行規則第12条第1項 (第12条の3第1項) の規定により、下記のとおり申請します。

年 月 日

住 所  
届出者 氏 名

(手帳本人以外の場合、本人との続柄 )  
記

既交付の身体障害者手帳	氏 名	( 年 月 日生 )
	交付年月日及び番号	年 月 日交付 号
	障害の種類及び等級	障害 第 種 級
再交付を要する理由	1 障害程度の変化等・2 亡失・3 き損	



様式第6号(第8条関係)

身体障害者手帳返還書

職 氏 名 殿

身体障害者福祉法施行規則第12条第2項(第12条の3第2項・第12条の4第1項・第12条の4第2項)の規定により、下記のとおり身体障害者手帳を返還します。

年 月 日

住 所  
返還者 氏 名

㊦

(手帳本人以外の場合、本人との続柄 記)

返 還 事 由	1 障害程度の変化等により、新たな手帳の交付を受けたため 2 亡失した手帳を発見したため 3 障害を有しなくなったため 4 本人が死亡したため
---------	--

事由発生時期 年 月 日

返還する 氏 名 ( 年 月 日生)

交付年月日 年 月 日  
交付日付交付 年 月 日  
及び番号 都道府県・市 第 号

障害の種類及び等級 障害 第 種 級

様式第7号(第9条関係)

病院等指定(医療種類変更承認)申請書

職 氏 名 殿

更生医療を担当する病院又は診療所の指定(担当する医療の種類の変更の承認)を受けたいので、身体障害者福祉法施行規則第13条の3第1項(第13条の6第1項)の規定により、下記のとおり申請します。

年 月 日

医療機関の開設者

住 所  
氏名又は名称及び代表者の氏名

㊦

病院又は診療所	名 称	所在地	開 設 者
			氏名又は名称
標ぼうしている診療科目			
担当しようとする医療の種類			
主として担当する医師又は歯科医師	氏 名	経 歴	別紙1のとおり
更生医療を行うために必要な設備及び体制の概要	別紙2のとおり		
更生医療を行うための方針	有 ( ) ・ 無		
更生医療の有無及び定員			

(注) 担当しようとする医療の種類欄には、次のうちから希望するものを記載すること。

- ア 眼 科
- イ 耳鼻いんこう科
- ウ 口腔科
- エ 整形外科
- オ 形成外科
- カ 中枢神経科
- キ 脳神経外科
- ク 心臓血管外科
- ケ じん臓移植
- コ 小 腸 疝 正 小 齒 科 矯 正

別紙1

経 歴 書

学 位	氏 名	Ⓐ	生年月日
現住所			
関係学会 加入状況			
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名、学位論文名又は学 会に提出した論文名	

(注) 最終学歴より現在に至るまでを詳細に記入すること。特に、次の事項は必ず記載すること。

ア 最終学歴における専攻科名

イ 医師免許取得後に担当する医療について大学、病院等で研修をした場合には、その研修をした機関名、期間及び師事した指導者の氏名

ウ 学位論文又は学会に提出した論文で担当する医療に関連のあるものがある場合には、その論文名及び提出年月日

別紙2

更生医療を行うために必要な設備及び体制の概要

設 備 (主要なもの)	品 目	数 量	品 目	数 量

体 制

様式第8号(第9条関係)

薬 局 指 定 申 請 書

職 氏 名 殿

更生医療を担当する薬局の指定を受けたいので、身体障害者福祉法施行規則第18条の3第2項の規定により、下記のとおり申請します。

年 月 日

薬局の開設者

住 所

氏名又は名称及び代表者の氏名

㊦

薬 局	名 称	
	所 在 地	
開 設 者	住 所	
	氏名又は名称	
薬 剂 師	氏 名	
	経 歴	別紙1のとおり
調剤のために必要な設備及び体制の概要		別紙2のとおり

別紙1

経 歴 書

学 位	氏 名 <small>よみがな</small>	㊦	生年月日
現 住 所			
最 終 学 歴			
主たる職歴			

別紙2

調剤のために必要な設備及び施設の概要

調剤室の構造	調剤室の面積	
	品 目	数 量
主たる設備		

(注) 1 薬局の見取図を添付すること。

2 「主たる設備」欄には、薬局等構造設備規則に定める設備以外のものである場合にのみ、その主たるものを記載すること。

様式第9号 (第10条関係)

指定医療機関変更届出書

職 氏 名 殿

指定医療機関の指定に係る事項を変更したので、身体障害者福祉法施行規則第13条の7第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

年 月 日

開設者

住 所

氏名又は名称及び代表者の氏名

記

㊦

医療機関	名 称	
	所在地	
変 更 事 項		
	変 更 前	
	変 更 後	
変 更 年 月 日	年 月 日	

様式第10号 (第10条関係)

指定医療機関休止 (廃止・再開) 届出書

職 氏 名 殿

指定医療機関を休止した (廃止した・再開した) ので、身体障害者福祉法施行規則第13条の7第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

年 月 日

開設者

住 所

氏名又は名称及び代表者の氏名

記

㊦

医療機関	名 称	
	所在地	
休止 (廃止・再開) 年月日	年 月 日	
休止 (廃止) の理由及び再開の見込み		

様式第11号 (第10条関係)

指定医療機関処分届出書

職 氏 名 殿

医療法又は薬事法に基づく処分を受けたので、身体障害者福祉法施行規則第18条の7第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

年 月 日

開設者

住 所

氏名又は名称及び代表者の氏名

記

㊦

医療機関	名 称	
	所在地	
処 分 の 概 要		
処分を受けた日、		年 月 日

様式第12号 (第11条関係)

指定医療機関辞退届出書

職 氏 名 殿

指定医療機関の指定を辞退したいので、身体障害者福祉法施行規則第18条の8第1項の規定により、下記のとおり申し出ます。

年 月 日

開設者

住 所

氏名又は名称及び代表者の氏名

記

㊦

医療機関	名 称	
	所在地	
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		

様式第13号 (第12条関係)

身体障害者居宅生活支援事業開始届出書

職 氏 名 殿

身体障害者居宅生活支援事業を開始するので、身体障害者福祉法第26条第1項の規定により、下記のとおり届け出ます。

年 月 日

経営者

住 所

氏名又は名称及び代表者の氏名

記

㊦

開始しようとする事業	種類	提供する便宜等の内容	
経営者	住所	氏名又は名称	
基本約款	別添1のとおり		
事業の運営の方針			
職員の職種	職 務	内 容	職員の定員
			人
			人
			人
合 計			人
主な職員の氏名			
主な職員の経歴	別添2のとおり		
事業を行おうとする区域			
サービス事業又は短期入所事業の用に供する施設	名称	種類	所在地
事業開始の予定	年 月 日	年 月 日	年 月 日

様式第14号 (第12条関係)

身体障害者居宅生活支援事業変更届出書

職 氏 名 殿

身体障害者居宅生活支援事業に係る事項を変更する(変更した)ので、身体障害者福祉法施行規則第20条の3第1項(第2項)の規定により、下記のとおり届け出ます。

年 月 日

経営者

住 所

氏名又は名称及び代表者の氏名

記

㊦

変 更 事 項	
変 更 前	
変 更 後	
変更(予定)年月日	年 月 日







入所者台帳(個表)

台帳番号

年月日

氏名 ぶりかな 男 入所年月日 年月日

退所年月日 年月日

最終学歴 年月日交付

本籍地 都道府県 年月日交付

手帳記号・番号 都道府県市第 号

現住所 障害第 種 級

家族の状況 氏名 続柄 年齢 職業 業 摘 要

入所費用の負担 本人 扶養義務者

保証人 氏名 関係 職業 住所 備考

環境 家庭環境 友人知己との関係

土地の産業 風土・気質・習慣

その他 実施機関

市町村 担当

生活歴(学歴、傷病歴、職業歴等を含む。)

年月日

生活歴

興味特技

希望理由

修了後の希望

写真撮年月影

写真

傷名 機能障害名 既往症家族歴 原傷病歴 補装具

発生年月日 原因と事情

年月日 交通・先天的・その他

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後

年月日 争・炎・疫・橋・天的・後



