



総括表

身体障害者診断書・意見書(小腸機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記) 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 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 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
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〕		
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月		
<input type="checkbox"/> 再認定は不要		
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。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号		
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、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。		
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、小腸間膜血管閉塞症、クローン病等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。		

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 : \_\_\_\_\_ 年 月 ~ \_\_\_\_\_ 年 月)

1 小腸切除の場合

(1) 手術所見 : 切除小腸の部位 \_\_\_\_\_ 長さ \_\_\_\_\_ cm

残存小腸の部位 \_\_\_\_\_ 長さ \_\_\_\_\_ cm

手術施行医療機関名 \_\_\_\_\_ (できれば手術記録の写を添付する)

(2) 小腸造影所見((1)が不明のとき)※小腸造影の写を添付する。

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、範囲、その他の参考となる所見

(注) 1及び2が併存する場合はその旨を併記すること。

[参考図示]



切除部位 

病変部位 

3 栄養維持の方法(該当項目に○をする)

① 中心静脈栄養法:

- ・ 開始日 ( 年 月 日)
- ・ カテーテル留置部位 ( )
- ・ 器具の種類 ( )
- ・ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
- ・ 療法の連続性 ( 持続的 ・ 間欠的 )
- ・ 熱量 (1日当たり Kcal)

② 経腸栄養法:

- ・ 開始日 ( 年 月 日)
- ・ カテーテル留置部位 ( )
- ・ 最近6か月間の実施状況 (最近6か月間に 日間)
- ・ 療法の連続性 ( 持続的 ・ 間欠的 )
- ・ 熱量 (1日当たり Kcal)

③ 経口摂取:

- ・ 摂取の状態 ( 普通食、 軟食、 流動食、 低残渣食 )
- ・ 摂取量 ( 普通量、 中等量、 少量 )

- 4 便の性状 : ( 下痢、 軟便、 正常 )  
排便回数 : 1日 ( ) 回

5 検査所見 (測定日 年 月 日)

赤血球数	$10^4/\text{mm}^3$	血色素量	g/dl
血清総蛋白濃度	g/dl	血清アルブミン濃度	g/dl
血清総コレステロール濃度	mg/dl	中性脂肪	mg/dl
血清ナトリウム濃度	mEq/l	血清カリウム濃度	mEq/l
血清クロール濃度	mEq/l	血清マグネシウム濃度	mEq/l
血清カルシウム濃度	mEq/l		

(注) 1 手術時の残存腸管の長さは、腸間膜付着部の距離をいう。

2 中心静脈栄養法及び経腸栄養法による一日当たり熱量は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除く)又は小腸疾患による小腸機能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か月間の観察期間を経て行うものとする。