

身体障害者福祉法第 15 条指定医師（肢体不自由）の皆様へ

診断書・意見書の作成について

- ・ 診断書・意見書に記載漏れ等の不備がある場合、補正を依頼することがあります。
- ・ 診断書・意見書に不備がないよう以下の点につき再度御確認のうえ提出をお願いいたします。

チェックリスト

- ☐ 7 級の障害は、1 つのみでは身体障害者福祉法の対象（身体障害者手帳の交付対象）にはなりません。
- ☐ 障害に該当する部位に関わる書類箇所は、全て記載してください。
- ☐ 申請する部位以外で ADL 低下や MMT 低下が生じている場合、申請する部位以外は等級に該当しない旨を総合所見欄に記載してください。
- ☐ 切断障害の場合は、具体的な切断高位を総合所見欄に記載してください。
- ☐ 上肢 3 級（一上肢のすべての指の機能を全廃したもの）の申請の場合、手指以外の上肢に関する箇所の ADL や MMT も記載してください。
- ☐ 歩行機能低下が下肢の障害に起因する場合、体幹障害ではなく、下肢障害で認定してください。
- ☐ 疼痛が主症状で、器質的疾患の根拠が乏しい場合、エックス線写真等の医学的な根拠を提示してください。
- ☐ 上肢、下肢、体幹のいずれかの部位で既に 1 級となる場合でも、他の部位において障害がある場合は、等級評価をしてください。
- ☐ ADL が○となっているにもかかわらず MMT が×になっているなど整合性のない記載は行わないでください。
- ☐ 障害名（例：上肢機能障害）に原因となった疾病・外傷名を記載しないでください。
- ☐ 身体所見・神経学的所見の項目についても必ず記載をしてください。
- ☐ 再認定“要”の際には次回認定時期を障害認定日又は再認定実施日から最低半年間（最長 8 年）空けて記載してください。
- ☐ その他御不明な点につきましては下記まで御連絡ください。

静岡県障害福祉課手帳手当班
電話番号 054-221-3686