



熊本県公報

第13060号
令和3年(2021年)
9月10日(金)
(毎週 火・金発行)

目 次

告 示

- 身体障害者福祉法第15条第1項の規定に基づく医師の指定 (障がい者支援課) 1
- 道路の区域変更 (道路保全課) 2
- 漁船保険付保義務の消滅(宮野河内加入区) (団体支援課) 2
- 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく事業者の指定 (障がい者支援課) 2
- 熊本県地域総合整備資金貸付要項の一部を改正する要項の一部を改正する要項 (地域振興課) 2
- 令和3年度(2021年度)砂利採取業務主任者試験の実施 (エネルギー政策課) 3
- 道路の位置の指定 (建築課) 4
- 道路の位置の指定 (") 4
- 大規模小売店舗立地法に基づく変更届出 (商工振興金融課) 4
- 大規模小売店舗立地法に基づく新設届出 (") 7
- 農用地利用配分計画の認可 (農地・担い手支援課) 8
- 農用地利用配分計画の認可 (") 9
- 農用地利用配分計画の認可 (") 10
- 令和4年度(2022年度)県立高等学校生徒募集定員 (高校教育課) 10
- 令和3年(2021年)8月6日熊本県告示第700号(熊本県身体障害者福祉法施行細則第3条の規定に基づく身体障害者診断書意見書の様式)中 (障がい者支援課) 14

告 示

熊本県告示第773号

身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条第1項の規定により身体障害者手帳の交付に係る診断を行う医師として次の医師を指定したので、熊本県身体障害者福祉法施行細則(平成7年熊本県規則第16号)第2条第1項の規定により告示する。
令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

診療科目	医師の氏名	医療機関の名称及び所在地	指定年月日
整形外科	千丈 実香	社会医療法人稲穂会天草慈恵病院 天草郡苓北町上津深江278-10	令和3年(2021年) 7月30日
消化器外科	坂本 悠樹	阿蘇医療センター 阿蘇市黒川1266	令和3年(2021年) 7月30日
整形外科	浦田 泰弘	地方独立行政法人くまもと県北病院 玉名市玉名550番地	令和3年(2021年) 7月30日
泌尿器科	今村 隆二	地方独立行政法人くまもと県北病院 玉名市玉名550番地	令和3年(2021年) 7月30日
循環器内科	名幸 久仁	地方独立行政法人くまもと県北病院 玉名市玉名550番地	令和3年(2021年) 7月30日

整形外科	二山 勝也	独立行政法人労働者健康安全機構 熊本労災病院 八代市竹原町1670番地	令和3年(2021年) 7月30日
脳神経外科	穴井 茂雄	独立行政法人地域医療機能推進機 構 熊本総合病院 八代市通町10番10号	令和3年(2021年) 7月30日
眼科	川畑 和幸	独立行政法人地域医療機能推進機 構 熊本総合病院 八代市通町10番10号	令和3年(2021年) 7月30日

熊本県告示第774号

道路法(昭和27年法律第180号)第18条第1項の規定に基づき、次のとおり道路の区域を変更する。

その関係図面は、令和3年(2021年)9月10日から60日間、熊本県土木部道路都市局道路保全課において一般の縦覧に供する。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

1 道路の種類、路線名及び区域を変更する区間等

道路の種類	路線名	区域を変更する区間	前後	幅員 (メートル)	延長 (メートル)	備考
一般県道	矢護川大津線	菊池郡大津町大字大津 1285番1地先から 同所 1340番地先まで	前	8.3 ～ 12.8	180.6	防交 安(交 通 安 全)
			後	8.3 ～ 17.5		

2 区域を変更する期日 令和3年(2021年)9月10日

熊本県告示第775号

漁船損害等補償法(昭和27年法律第28号)第113条の2第1項第1号の規定により平成29年(2017年)9月8日熊本県告示第803号で公示した宮野河内加入区の指定漁船を普通損害保険に付すべき義務が令和3年(2021年)9月7日限り消滅したので、同条第2項の規定により公示する。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

熊本県告示第776号

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)第46条第2項の規定による指定障害福祉サービス事業の廃止の届出があったので、同法第51条の規定により公示する。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

事業所の名称及び所在地	事業者の名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名	サービスの種類	廃止年月日
みらいワークス 上益城郡嘉島町鯉181 0-1 優マンション2 02	株式会社 未来パーク 上益城郡嘉島町上六嘉1 382番地2 藤田 良美	自立訓練(生活訓練)	令和3年(2021年)9 月30日

熊本県告示第777号

熊本県地域総合整備資金貸付要項の一部を改正する要項の一部を改正する要項を次のように定める。

令和3年9月10日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

熊本県地域総合整備資金貸付要項の一部を改正する要項の一部を改正する要項

熊本市中央区水前寺六丁目18番1号
熊本県商工労働部産業振興局エネルギー政策課資源班
電話 096-333-2322

9 合格者の発表

令和3年(2021年)12月3日(金曜日)(予定)

合格者受験番号は、熊本県公報に登載するとともに、県庁ホームページ及び熊本県庁行政棟本館1階ロビー掲示板に掲載する。

10 その他

- (1) 県で受理した手数料は、いかなる理由があっても返還できない。
- (2) 天災その他特別の事由により実施日時、場所等を変更することがある。

熊本県公告第641号

建築基準法(昭和25年法律第201号)第42条第1項第5号の規定による道路の位置の指定を次のとおり行った。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲島郁夫

- 1 築造者の住所 宇城市松橋町久具358番地22
- 2 築造者の氏名 株式会社大成不動産コンサルタント
- 3 道路の位置 宇城市松橋町松橋字東原1910番3、同1910番13及び同1910番14
- 4 道路の幅員 6.32メートル
- 5 道路の延長 57.40メートル
- 6 指定年月日 令和3年(2021年)8月27日
- 7 指定番号 熊本県指令央土景建第61号

熊本県公告第642号

建築基準法(昭和25年法律第201号)第42条第1項第5号の規定による道路の位置の指定を次のとおり行った。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲島郁夫

- 1 築造者の住所 熊本市南区近見八丁目9番85号
- 2 築造者の氏名 新産住拓株式会社
- 3 道路の位置 玉名市立願寺字西畑878番3、同878番6及び同878番12
- 4 道路の幅員 4.01メートルから4.05メートルまで
- 5 道路の延長 34.50メートル
- 6 指定年月日 令和3年(2021年)8月30日
- 7 指定番号 熊本県指令北景建第157号

熊本県公告第643号

大規模小売店舗立地法(平成10年法律第91号)第6条第1項の規定による変更の届出があったので、同条第3項において準用する同法第5条第3項の規定により次のとおり公告し、当該届出を縦覧に供する。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲島郁夫

- 1 大規模小売店舗の名称及び所在地
カリーノ菊陽
菊池郡菊陽第二土地区画整理事業1街区4 外
- 2 変更した事項
 - (1) 大規模小売店舗を設置する者の氏名及び住所並びに法人にあつては代表者の氏名
(変更前) 株式会社カリーノ
代表取締役 馬場 英二
熊本市中央区安政町1番2号
株式会社ショッピングプラザ菊陽
代表取締役 池頭 幸一
菊池郡菊陽町大字津久礼2474番地
(変更後) 株式会社カリーノ
代表取締役 馬場 英治
熊本市中央区安政町1番2号
 - (2) 大規模小売店舗の名称及び所在地
(変更前) ショッピングプラザ菊陽
菊池郡菊陽町大字津久礼2474番地 外14筆
(変更後) カリーノ菊陽
菊池郡菊陽第二土地区画整理事業1街区4 外

(3) 大規模小売店舗において小売業を行う者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあつては代表者の氏名

変更前	変更後
イオン九州株式会社 代表取締役 山口 聡一 福岡県福岡市博多区博多駅南二丁目9番11号	退 店
スナップス販売株式会社 代表取締役 成岡 富士夫 千葉県千葉市美浜区中瀬二丁目6番地	退 店
株式会社錦 代表取締役 西尾 遼一 愛知県名古屋市中村区名駅二丁目45番19号	退 店
株式会社加藤商会 代表取締役 加藤 松彦 東京都豊島区巢鴨三丁目22番9号	退 店
ニューコ・ワン株式会社 代表取締役 村井 眞一 熊本市東区平山町3006番2号	退 店
株式会社ショッピングプラザ菊陽 代表取締役 池頭 幸一 菊池郡菊陽町津久礼2474番地	退 店
廣瀬 雄一 熊本市中央区黒髪六丁目26番5号	退 店
有限会社アサヒコーポレーション 代表取締役 小幡 一夫 熊本市中央区大江四丁目2番16号	退 店
共栄食品株式会社 代表取締役 井 浩介 熊本市東区京塚本町7番3号	退 店
有限会社丸和一商店 代表取締役 高田 龍夫 熊本市中央区河原町2番地	退 店
株式会社ヨネザワ 代表取締役 米澤 房朝 熊本市中央区水前寺六丁目1番38号	退 店
株式会社ナカニシ 代表取締役 中西 弘 鳥取県鳥取市富安二丁目70番地	退 店
野田 強 福岡県柳川市三橋町磯鳥311番地4	退 店
株式会社チヨダ 代表取締役 舟橋 政男 東京都杉並区成田東四丁目39番8号	退 店
有限会社むらやまレコード 代表取締役 村山 芳和 熊本市中央区水前寺一丁目1番28号	退 店
株式会社美向 代表取締役 田中 壽康 熊本市北区清水新地五丁目3番12号	退 店
筑豊製茶株式会社	

代表取締役 田中 秀明 福岡県久留米市荒木町藤田200番地	退 店
有限会社ニューいわもと 代表取締役 岩本 厚 熊本市東区新南部三丁目10番53号	退 店
有限会社長寿庵 代表取締役 足立 善弘 熊本市西区春日四丁目39番80号	退 店
有限会社まるよし 代表取締役 舟津 和義 菊池郡菊陽町津久礼2350番3号	退 店
有限会社博多いもっ子 代表取締役 松尾 好幸 福岡県福岡市早良区西新四丁目7番17号	退 店
有限会社ジー・ネットワークス 代表取締役 阿久津 貴史 兵庫県神戸市中央区山本通五丁目10番36号	退 店
有限会社シンクライフ 代表取締役 廣瀬 健司 菊池郡菊陽町津久礼3960番46号	退 店
入 店	株式会社ゆめマート熊本 代表取締役 藤木 淳 熊本市東区上南部二丁目2番2号
入 店	株式会社サンドラッグ 代表取締役 貞方 宏司 東京都府中市若松町一丁目38番地の1
入 店	株式会社ソリッド 代表取締役 平野 一貴 広島県広島市安佐南区高取南二丁目20番26号
入 店	株式会社Coo&RIKU東日本 代表取締役 大久保 浩之 東京都足立区鹿浜四丁目1番8号
入 店	有限会社カマロード 代表取締役 山田 義孝 熊本市中央区大江一丁目28番21号
入 店	株式会社air 代表取締役 菊池 鉄平 宇土市築籠町101番8号
入 店	ユナイテッドトヨタ熊本株式会社 代表取締役 西 治三朗 熊本市中央区世安町183番地
入 店	有限会社ナカグチ装飾工業 代表取締役 中口 裕英 宇土市栄町134番1号
入 店	株式会社エスペニア 代表取締役 宇土 佳嗣 東京都町田市森野六丁目375番1号
入 店	株式会社BILLION 代表取締役 馬場 英治 熊本市中央区安政町1番2号

入 店	宇野 優 熊本市沼津山一丁目4番3号
入 店	有限会社彩コーポレーション 代表取締役 中山 宏治 荒尾市万田1192番5号
入 店	有限会社アルカスインターナショナル 代表取締役 内山 誠一 兵庫県神戸市中央区港島中町六丁目8番1号
入 店	有限会社フラワーショップ花ゆき 代表取締役 川畑 久大 熊本市北区清水新地六丁目7番18号
入 店	株式会社藤達 代表取締役 藤井 清峰 熊本市東区长嶺西二丁目1番54号
入 店	岩尾 寿一 熊本市東区戸島本町6番30号
入 店	株式会社セリア 代表取締役 河合 映治 岐阜県大垣市外濑二丁目38番地
入 店	株式会社マキ 代表取締役 槇下 賢 広島県広島市東区上大須賀町14番5号
入 店	株式会社和興 代表取締役 中山 秀夫 京都府宮津市宇新浜1923番地
入 店	有限会社ジョイ・プラス 代表取締役 宮村 晃一 福岡県小郡市寺福童496番11号
入 店	株式会社ヤマダデンキ 代表取締役 小林 辰夫 群馬県高崎市栄町1番1号

3 届出年月日
令和3年(2021年)8月26日

4 届出の縦覧場所及び縦覧期間

(1) 縦覧場所

熊本県商工労働部商工雇用創生局商工振興金融課及び県北広域本部総務部振興課

(2) 縦覧期間

令和3年(2021年)9月10日から令和4年(2022年)1月11日まで

熊本県公告第644号

大規模小売店舗立地法(平成10年法律第91号)第5条第1項の規定による届出があったので、同条第3項の規定により、次のとおりその概要を公告し、当該届出及び添付書類を縦覧に供する。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

- 1 大規模小売店舗の名称及び所在地
(仮称)ドラッグコスモス立願寺店
玉名市立願寺字西畑873番1 外
- 2 大規模小売店舗を設置する者の名称及び代表者の氏名並びに住所

名称及び代表者の氏名	住 所
株式会社コスモス薬品 代表取締役 横山 英昭	福岡県福岡市博多区博多駅東二丁目10番1号

- 3 大規模小売店舗において、小売業を行う者の名称及び代表者の氏名並びに住所

名称及び代表者の氏名	住 所

株式会社コスモス薬品 代表取締役 横山 英昭	福岡県福岡市博多区博多駅東二丁目10番1号
---------------------------	-----------------------

- 4 大規模小売店舗の新設をする日
令和4年(2022年)4月27日
- 5 大規模小売店舗内の店舗面積の合計
1,261平方メートル
- 6 大規模小売店舗の施設の配置に関する事項
- (1) 駐車場の位置及び収容台数
建物敷地内 47台
 - (2) 駐輪場の位置及び収容台数
建物西側 12台
 - (3) 荷さばき施設の位置及び面積
建物北側 50平方メートル
 - (4) 廃棄物等の保管施設の位置及び容量
建物内北側 12.36立方メートル
- 7 大規模小売店舗の施設の運営方法に関する事項
- (1) 大規模小売店舗において小売業を行う者の開店時刻及び閉店時刻
開店時刻 午前9時 閉店時刻 午後10時
 - (2) 来客が駐車場を利用することができる時間帯
午前8時30分から午後10時30分まで
 - (3) 駐車場の自動車の出入口の数及び位置
1箇所 建物敷地北側
 - (4) 荷さばき施設において荷さばきを行うことができる時間帯
24時間
- 8 届出年月日
令和3年(2021年)8月26日
- 9 届出の縦覧場所及び縦覧期間
熊本県商工労働部商工雇用創生局商工振興金融課及び熊本県北広域本部玉名地域振興局総務振興課
令和3年(2021年)9月10日から令和4年(2022年)1月11日まで

熊本県公告第645号

農地中間管理事業の推進に関する法律(平成25年法律第101号)第18条第1項の規定により次のとおり農用地利用配分計画を認可したので、同条第7項の規定により公告する。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

1 農用地利用配分計画の概要

賃借権の設定等を受ける者		賃借権の設定等を受ける土地
氏名又は名称	住 所	
株式会社つかさ農園	上益城郡御船町豊秋	上益城郡甲佐町大字府領字中原2109番ほか5筆
金森 留美	上益城郡甲佐町船津	上益城郡甲佐町大字船津字松本726番
佐藤 護一	上益城郡甲佐町仁田子	上益城郡甲佐町大字船津字松本748番3ほか2筆
山下 康彦	上益城郡甲佐町船津	上益城郡甲佐町大字船津字山口原2183番1
片山 勝次	上益城郡山都町大平	上益城郡山都町須原字面田108番1ほか18筆
上田 茂宣	菊池市旭志伊坂	菊池市旭志伊坂字西一町田73番1ほか14筆
上田 茂宣	菊池市旭志伊坂	菊池市旭志伊坂字西一町田60番1ほか2筆
橋本 隆昭	菊池郡大津町灰塚	菊池郡大津町大字灰塚字村下461番1ほか3筆
灰塚農事組合法人	菊池郡大津町灰塚	菊池郡大津町大字灰塚字村下461番1ほか3筆
ネットワーク大津株式会社	菊池郡大津町陣内	菊池郡大津町大字外牧字霞鶴39番1ほか41筆

江藤 堅治	菊池郡大津町陣内	菊池郡大津町大字陣内字榎鶴1121番ほか1筆
農事組合法人水穂やまだ	阿蘇市山田	阿蘇市小野田字北園219番3ほか51筆
有限会社内田農場	阿蘇市内牧	阿蘇市湯浦字北穴田33番ほか1筆
農事組合法人阿蘇アグリ西町	阿蘇市西町	阿蘇市西町字板橋480番ほか10筆
農事組合法人阿蘇紫伝会	阿蘇市一の宮町中通	阿蘇市一の宮町中通字堂ノ本1672番1ほか2筆
後藤 亮一	阿蘇郡南阿蘇村両併	阿蘇郡南阿蘇村大字両併字中御手水788番
中村 和章	阿蘇郡南阿蘇村一関	阿蘇郡南阿蘇村大字吉田字黒石2450番ほか3筆

2 認可年月日
令和3年(2021年)9月2日

熊本県公告第646号

農地中間管理事業の推進に関する法律(平成25年法律第101号)第18条第1項の規定により次のとおり農用地利用配分計画を認可したので、同条第7項の規定により公告する。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲島 郁夫

1 農用地利用配分計画の概要

賃借権の設定等を受ける者		賃借権の設定等を受ける土地
氏名又は名称	住所	
松永 豊	八代市鏡町野崎	八代市鏡町野崎字壺番割57番ほか4筆
吉田 忠明	八代市郡築四番町	八代市郡築三番町86番1ほか2筆
吉田 将明	八代市郡築四番町	八代市郡築四番町71番1
松本 英男	八代市郡築五番町	八代市郡築四番町34番1
フィールドマスター合同会社	八代市鏡町鏡	八代市千丁町新牟田字砂原277番4
西川 定信	球磨郡錦町西	球磨郡錦町大字西字堂ノ下2255番1ほか2筆
合同会社あぐり税所	球磨郡錦町一武	球磨郡錦町大字一武字原田川1250番1
出水田 一夫	球磨郡あさぎり町深田西	球磨郡あさぎり町深田南字一丁田25番2ほか2筆
久保田 健吾	球磨郡多良木町多良木	球磨郡多良木町大字多良木字牛島3572番1ほか6筆
久保田 健吾	球磨郡多良木町多良木	球磨郡多良木町大字多良木字古多良木4102番1ほか2筆
農事組合法人たらぎ大地	球磨郡多良木町多良木	球磨郡多良木町大字多良木字古多良木4102番1ほか9筆
柴田 豊明	球磨郡湯前町	球磨郡湯前町字竹下4788番ほか1筆
農事組合法人本町営農組合	天草市本町本	天草市本町新休字高辻221番
倉田 政幸	天草市本町本	天草市本町本字二又8297番2ほか1筆
倉田 文雄	天草市本町本	天草市本町本字二又8297番1
廣田 耕作	天草市本町本	天草市本町本字轟8087番ほか1筆
廣田 耕作	天草市本町本	天草市本町本字轟8091番2
農事組合法人本渡山口の里	天草市本渡町本渡	天草市本渡町本渡字口ノ原2228番1ほか5筆

株式会社光延農園	天草市古川町	天草市本渡町本渡字口ノ原2229番
園田 康弘	天草市北原町	天草市本渡町本渡字中原1424番

2 認可年月日
令和3年(2021年)9月2日

熊本県公告第647号

農地中間管理事業の推進に関する法律(平成25年法律第101号)第18条第1項の規定により次のとおり農用地利用配分計画を認可したので、同条第7項の規定により公告する。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

1 農用地利用配分計画の概要

賃借権の設定等を受ける者		賃借権の設定等を受ける土地
氏名又は名称	住 所	
農事組合法人かしま広域農場	上益城郡嘉島町上島	上益城郡嘉島町大字上島字古宮477番
農事組合法人かしま広域農場	上益城郡嘉島町上島	上益城郡嘉島町大字北甘木字八反畑2409番1
森下 文夫	上益城郡嘉島町下六嘉	上益城郡嘉島町大字下六嘉字近竹421番
工藤 公裕	上益城郡嘉島町下六嘉	上益城郡嘉島町大字上六嘉字今町1768番
農事組合法人かしま広域農場	上益城郡嘉島町上島	上益城郡嘉島町大字犬渕字森下492番ほか4筆
農事組合法人かしま広域農場	上益城郡嘉島町上島	上益城郡嘉島町大字犬渕字二ノ口44番1
農事組合法人やまぶきの里	阿蘇郡産山村産山	阿蘇郡産山村大字産山字笹鶴2119番ほか1筆
農事組合法人やまぶきの里	阿蘇郡産山村産山	阿蘇郡産山村大字産山字堀田2184番
農事組合法人奥阿蘇くさかべ	阿蘇郡高森町草部芹口	阿蘇郡高森町大字芹口字上芹口1330番ほか32筆
農事組合法人奥阿蘇くさかべ	阿蘇郡高森町草部芹口	阿蘇郡高森町大字芹口字下小畑1472番ほか3筆

2 認可年月日
令和3年(2021年)9月2日

登載依頼

熊本県教育委員会告示第24号

熊本県立高等学校学則(昭和40年熊本県教育委員会規則第16号)第4条第2項の規定により、令和4年度(2022年度)の県立高等学校生徒の募集定員を次のように定める。

令和3年(2021年)9月10日

熊本県教育長 古 閑 陽 一

令和4年度(2022年度)県立高等学校生徒募集定員

[全日制課程]

学 校	学 科・コース	募集定員 (単位:人)
済々覺高等学校	普通科	400
熊本高等学校	普通科	400
第一高等学校	普通科	320
	普通科・英語コース	40

第二高等学校	普通科	320
	理数科	40
	美術科	40
熊本西高等学校	普通科	280
	普通科・体育コース	40
	サイエンス情報科	40
熊本北高等学校	普通科	280
	理数科	40
	英語科	40
東稜高等学校	普通科	280
	普通科・国際コース	40
	普通科・理数コース	40
湧心館高等学校	普通科	120
	情報処理科	40
玉名高等学校	普通科	280
岱志高等学校	普通科	120
	普通科・体育コース	20
	普通科・美術工芸コース	20
鹿本高等学校	普通科	160
	みらい創造科・グローバル探究コース	40
	みらい創造科・スポーツ健康科学コース	40
菊池高等学校	普通科・未来探究コース	40
	普通科・地域探究コース	80
	商業科	80
大津高等学校	普通科	240
	普通科・体育コース	20
	普通科・美術コース	20
	理数科	40
阿蘇中央高等学校	普通科	120
	総合ビジネス科	40
	農業食品科	40
	グリーン環境科	40
	社会福祉科	40
小国高等学校	普通科	80
高森高等学校	普通科	80
御船高等学校	普通科	120
	普通科・芸術コース	40
	電子機械科	80
甲佐高等学校	普通科	40
	普通科・福祉教養コース	40
	ビジネス情報科	40
宇土高等学校	普通科	240
松橋高等学校	普通科・文理総合コース	80
	普通科・体育コース	40
	情報処理科	40
	家政科	40
八代高等学校	普通科	240
八代清流高等学校	普通科	200
八代東高等学校	普通科・体育コース	40
	商業科	80
	情報ネットワーク科	40

水俣高等学校	普通科	120
	商業科	40
	機械科	40
	電気建築システム科・電気コース	20
	電気建築システム科・建築コース	20
人吉高等学校	普通科	280
人吉高等学校五木分校	普通科	40
天草高等学校	普通科	240
天草高等学校倉岳校	普通科	40
牛深高等学校	普通総合学科	120
上天草高等学校	普通科	40
	普通科・グローバル文理コース	40
	情報会計科	40
	福祉科	40
熊本商業高等学校	商業科	200
	情報処理科	80
	国際経済科	40
	会計科	40
球磨中央高等学校	地域未来探究科	40
	商業科	80
	情報処理科	40
鹿本商工高等学校	商業科	40
	情報管理科	40
	機械科	40
	電子機械科	40
熊本工業高等学校	機械科	40
	電気科	40
	電子科	40
	工業化学科	40
	繊維工業科	40
	土木科	40
	建築科	40
	材料技術科	40
	インテリア科	40
	情報システム科	40
玉名工業高等学校	機械科	80
	電気科	40
	電子科	40
	工業化学科	40
	土木科	40
小川工業高等学校	機械科	40
	建築科	40
	土木科	40
	設備工業科	40
	情報電子科	40
八代工業高等学校	機械科	80
	電気科	80
	工業化学科	40
	インテリア科	40
	情報技術科	40
球磨工業高等学校	機械科	80

	電気科	40
	建築科・建築コース	20
	建築科・伝統建築コース	20
	建設工学科	40
天草工業高等学校	機械科	80
	電気科	40
	土木科	40
	情報技術科	40
熊本農業高等学校	農業科	40
	園芸・果樹科	40
	畜産科	40
	農業経済科	40
	農業土木科	40
	食品工業科	40
	生活科	40
北稜高等学校	普通科・人文コース	40
	ビジネスマネジメント科	40
	園芸科学科	40
	造園科	40
	家政科学科	40
鹿本農業高等学校	園芸技術科	40
	食品科学科	40
	生活デザイン科	40
菊池農業高等学校	農業科	40
	園芸科	40
	畜産科学科	40
	食品化学科	40
	生活文化科	40
矢部高等学校	普通科	40
	食農科学科・農業科学コース	20
	食農科学科・食・生活コース	20
	林業科学科	40
八代農業高等学校	園芸科学科	40
	食品科学科	40
	農業工学科	40
	福祉家庭科	40
八代農業高等学校泉分校	グリーンライフ科	40
芦北高等学校	農業科	40
	林業科	40
	福祉科	40
南稜高等学校	普通科・体育コース	20
	普通科・福祉コース	20
	総合農業科	80
	食品科学科	40
	生活経営科	40
天草拓心高等学校	普通科	40
	商業科	40
	生物生産科	40
	食品科学科	40
	生活科学科	40
	普通科・総合コース	40

	海洋科学科・海洋航海コース	20
	海洋科学科・栽培・食品コース	20
翔陽高等学校	総合学科	280
合 計		11,160

(備考)

- 1 玉名高等学校の普通科、宇土高等学校の普通科及び八代高等学校の普通科の募集定員には、併設型中学校からの入学予定者数を含む。
- 2 矢部高等学校の食農科学科・農業科学コースと食農科学科・食・生活コース、大津高等学校の普通科と理数科、上天草高等学校の普通科と普通科・グローバル文理コースは、それぞれくり募集とする。

[定時制課程]

学 校	学 科・コース	募集定員 (単位：人)
湧心館高等学校	普通科	40
	情報科学科・情報処理コース	30
	情報科学科・科学技術コース	10
玉名高等学校	普通科	40
岱志高等学校	普通科	40
水俣高等学校	商業科	40
人吉高等学校	普通科	40
天草高等学校	普通科	40
熊本工業高等学校	機械科	40
	電気科	40
	建築科	40
八代工業高等学校	総合学科	40
合 計		440

[専攻科]

学 校	専 攻 科 名	募集定員 (単位：人)
球磨工業高等学校	伝統建築専攻科	10

正 誤

令和3年(2021年)8月6日熊本県告示第700号(熊本県身体障害者福祉法施行細則第3条の規定に基づく身体障害者診断書意見書の様式)中に誤りがあったので、次のとおり訂正する。

ページ	正誤	
5	正	<p>熊本県告示第700号</p> <p>熊本県身体障害者福祉法施行細則(平成7年熊本県規則第16号)第3条の規定に基づき、身体障害者手帳診断書・意見書の様式を次のように定め、告示の日から施行する。</p> <p>なお、平成30年6月22日熊本県告示第501号(熊本県身体障害者福祉法施行細則第3条の規定に基づく身体障害者手帳診断書・意見書の様式)は、廃止する。</p> <p>令和3年(2021年)8月6日</p> <p style="text-align: right;">熊本県知事 蒲島郁夫</p>

総括表 身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

氏名	年 月 日生	男・女
----	--------	-----

住所

① 障害名(部位を明記)

視力障害
 視野障害
 視力・視野障害

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・外傷発生日

年 月 日・場所

④ 参考となる臨床経過・手術経過・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(検査所見とADL所見との整合性等)

[将来再認定]

軽快・改善による再認定を要する
 再認定の時期 年 月

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。

※早見表による根拠

障害部位	等級	項目	指数
視力障害			
視野障害			
合計			

注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば視力障害や視野障害等を選択し、原因となった疾病・外傷名欄には、糖尿病性網膜症、緑内障性視神経萎縮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。

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

	裸眼視力	矯正視力			
右眼		×	D	()	cyl D Ax °
左眼		×	D	()	cyl D Ax °

2 視 野

ゴールドマン型視野計

(1) 周辺視野の評価 (1/4)

① 両眼の視野が中心10度以内

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右										度 (≤80)
左										度 (≤80)

② 両眼による視野が2分の1以上欠損 (はい・いいえ)

(2) 中心視野の評価 (1/2)

	上	内上	内	内下	下	外下	外	外上	合計	
右									①	度
左									②	度

(①と②のうち大きい方)

(①と②のうち小さい方)

両眼中心
視野角度 (1/2) (× 3 +) / 4 = 度

または

自動視野計

(1) 周辺視野の評価

両眼開放エスターマンテスト 両眼開放視認点数 点

(2) 中心視野の評価 (10-2プログラム)

右 ③ 点 (≥26dB)

左 ④ 点 (≥26dB)

(③と④のうち大きい方)

(③と④のうち小さい方)

両眼中心視野
視認点数 (× 3 +) / 4 = 点

3 現 症

	右	左
前眼部		
中間透光体		
眼底		

4 手 術

手術予定	有(目的: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し	有(目的: <input type="text"/>) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し
------	---	---

※手術予定がある場合、手術目的を記入すること。(例：白内障、網膜剥離等)

※手術により障害の軽減が見込まれる場合には、手術施行後の症状が安定した状態で記入すること。

視
野
コ
ピ
ー
貼
付

※ 視野コピーは添付でも可。

(注) ゴールドマン型視野計を用いた視野図を添付する場合には、どのイソプタがI/4の視標によるものか、I/2の視標によるものかを明確に区別できるように記載すること。

総括表 身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能障害用)

氏 名	年 月 日生	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 自然災害・疾病・先天性・その他()
③ 疾病・外傷発生日月日 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。		
※早見表による根拠		
障 害 部 位	等 級	項 目
聴覚障害		指 数
平衡機能障害		
音声機能障害		
言語機能障害		
そしゃく機能障害		
合 計		
※ 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については、指数合算による等級繰上げはできない。		
注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば両感音性難聴等を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、先天性難聴等原因となった疾患名を記入してください。		
2 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害の場合は、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。		
3 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。		
4 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。		

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

【はじめに】(認定要領を参照のこと)
 この診断書においては、以下の4つの障害区分のうち、認定を受けようとする障害について、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。
 なお、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合には、各々について障害認定することは可能であるが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意すること(各々の障害の合計指数をもって等級決定することはない)。
 聴覚障害 → 『1 「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。
 平衡機能障害 → 『2 「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
 音声・言語機能障害 → 『3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。
 そしゃく機能障害 → 『4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

1 「聴覚障害」の状態及び所見

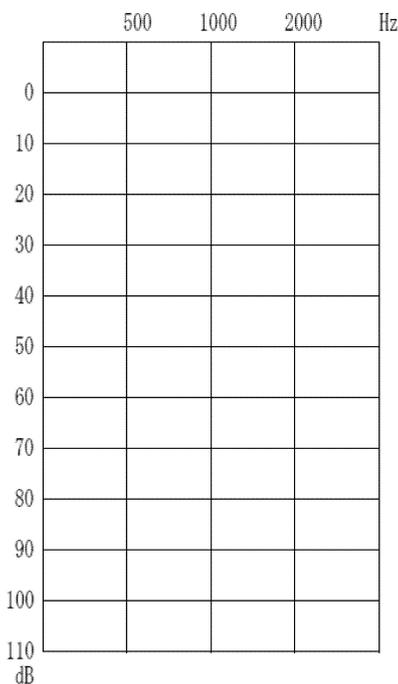
(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

(4) 聴力検査の結果(アのみ又はア及びイの両方を記載すること)

ア 純音による検査

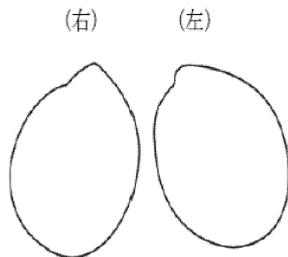
オージオメータの型式 _____



(2) 障害の種類

右	伝音性難聴	左	伝音性難聴
	感音性難聴		感音性難聴
	混合性難聴		混合性難聴

(3) 鼓膜の状態



(5) 身体障害者手帳(聴覚障害に係るものに限る。)の所持状況

有 無

※身体障害者手帳(聴覚障害に係るものに限る。)を所持していない者に対して2級を診断する場合には、他覚的聴覚検査結果の写しを添付すること。

イ 語音による検査

最高語音明瞭度

右	%	dB
左	%	dB

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

(1) 平衡機能の状態

- 四肢体幹に器質的異常がなく他覚的に平衡機能障害を認める
- その他 ※(3)その他の所見欄に記入

(2) 姿勢・歩行能力の状態

- 閉眼にて起立不能(3級相当)
- 閉眼で直線歩行中10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの(3級相当)
- 閉眼で直線歩行中10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの(5級相当)
- 閉眼で10m超の直線歩行が可能なもの(非該当)

(3) その他の所見

[]

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

※所見を記入

()

(1) 音声機能障害

音声を全く発することができないもの(3級)

- 無喉頭(喉頭摘出等)
- 喉頭の障害又は形態異常
- 発声筋麻痺による音声機能障害
- その他 ()

音声の障害のため、音声のみを用いて意思を疎通することが困難なもの(4級)

- 喉頭の障害又は形態異常
- 発声筋麻痺による音声機能喪失
- その他 ()

※ 音声機能障害の場合は、「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動(場とレベル)の具体的な状況例」を添付すること。(表出面のみ記載)

(2) 言語機能障害

言語機能を喪失したもの(家庭において、家族又は肉親との会話の用をなさないもの)(3級)

- 運動障害性構音障害
- 器質性構音障害(唇顎口蓋裂等の後遺症によるものを含む)
- 失語症
- その他 ()

言語機能の著しい障害(家族又は肉親との会話は可能であるが、家庭周辺において他人にはほとんど用をなさないもの)(4級)

- 運動障害性構音障害
- 器質性構音障害(唇顎口蓋裂等の後遺症によるものを含む)
- 失語症
- その他 ()

※ 言語機能障害の場合は、「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動(場とレベル)の具体的な状況例」を添付すること。

4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見

(1) 障害程度の等級

そしゃく・嚥下機能の障害(喪失)(3級) ※経管栄養以外に方法のないもの

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの
- 外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- その他 ()

そしゃく機能の著しい障害(4級)

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 延髄機能障害(仮性球麻痺、血管障害を含む)及び末梢神経障害によるもの
- 外傷、腫瘍切除等による顎(顎関節を含む)、口腔(舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの
- その他 ()

(2) 障害の程度及び検査所見

①そしゃく・嚥下機能の障害

a 障害の程度

- 経口的に食物等を摂取できないため、経管栄養を行っている
- 経口摂取のみでは十分に栄養摂取ができないため、経管栄養を併用している
- 経口摂取のみで栄養摂取ができるが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限がある
- その他 ()

b 各器官(口唇・下顎・舌・軟口蓋・咽喉頭等)の所見

※異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。<参考1>

c 嚥下状態の検査と所見

※嚥下状態について詳細に記載すること。<参考2>
 ※検査方法: VF VE その他 ()

<参考1> 各器官の観察点
 口唇・下顎: 運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射
 舌: 形状、運動能力、反射異常
 軟口蓋: 挙上運動、反射異常
 声帯: 内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

<参考2>
各器官の観察点
 ・口腔内保持の状態
 ・口腔から咽頭への送り込みの状態
 ・喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態
 ・食道入口部の開大と流動物(bolus)の送り込み
摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点
 ・摂取できる食物の内容(固形物、半固形物、流動食)
 ・誤嚥の程度(毎回、2回に1回程度、数回に1回、ほとんど無し)

②咬合異常

a 障害の程度

- 著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする
- その他 ()

b 咬合異常の程度(そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察すること)

()

c そしゃく機能(口唇・口蓋裂では上下顎の咬合関係や形態異常等を観察すること)

()

[記入上の注意]

- (1) 聴力障害の認定に当たっては、JIS規格によるオーディオメータで測定すること。
 dB値は、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとした場合、 $\frac{a+2b+c}{4}$ の算式により算定すること。
 100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして聴力レベルを算定すること。
- (2) 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)の提出を求めるものとする。
- (3) 小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。

障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動(場とレベル)の具体的状況例

〔 3級の欄の音声言語機能のレベルに該当すれば3級と判定する
 3級の欄の項目が可能でも、4級の欄のレベルであれば4級と判定する 〕

※ それぞれの項目について、できる場合は(○)を、できない場合は(×)をご記入下さい。

障害等級	コミュニケーションのレベル コミュニケーションの場	理解面	○ ×	表出面	○ ×
3級	本人 ↓↑ 家族 状況依存度が 高い	・本人や家族の名前がわかる		・本人、家族の名前が言える(通じる)	
		・住所がわかる		・住所が言える(通じる)	
		・日付、時間がわかる		・日付、時間、年齢が言える(通じる)	
		・部屋の中の物品を言われてわかる		・欲しい物品を要求できる(通じる)	
		・日常生活動作に関する指示がわかる 〈風呂に入って、STに行つて、薬を2錠飲んで…〉		・日常生活動作に関連する訴えができる(通じる)〈窓を開けて…〉 ・身体的訴えができる(通じる)	
4級	本人 ↓↑ 家族 周辺 状況依存度が 低い	・問診の質問が理解できる		・病歴、病状が説明できる(通じる)	
		・治療上の指示が理解できる 〈PT、薬の飲み方…〉		・治療上のことについて、質問ができる(通じる) ・家族に内容を伝えることができる	
		・訪問者の用件がわかる		・訪問者に用件を質問できる(通じる) ・用件を家族に伝えることができる	
		・電話での話がわかる		・電話で応答できる ・家族に内容を伝えることができる(いつ、誰、何、どこ) ・知り合いに電話をかけて用件を伝えることができる(通じる)	
		・尋ねた道順がわかる		・行先を言える(通じる) ・道順を尋ねることができる(通じる)	
		・おつかいができる(どこで、何を、いくつ、いくら、誰に、いつ)		・買物をことばでできる(通じる)〈何をいくつ、いくら〉	
【特記事項】					

年 月 日

医師氏名 _____

総括表 身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

氏 名	年 月 日生	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 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・CT・MRI等を含む)																														
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日																														
⑤ 総合所見(脳血管疾患の場合は、部位及び大きさ・発生前後の身体状況の相違について記載)																														
(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																														
人工関節置換術又は人工骨頭置換術日(年 月 日)																														
⑥ その他参考となる合併症状(認知症等、障害に影響する傷病)																														
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。																														
※早見表による根拠	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:15%;">障 害 部 位</th> <th style="width:10%;">等 級</th> <th style="width:45%;">項 目</th> <th style="width:30%;">指 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">合 計</td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		障 害 部 位	等 級	項 目	指 数																					合 計			
障 害 部 位	等 級	項 目	指 数																											
合 計																														
注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば上肢機能障害(右手関節強直、右肩関節機能全廃等)を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、慢性関節リウマチ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。																														

肢体不自由の状況及び所見

1 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記入)

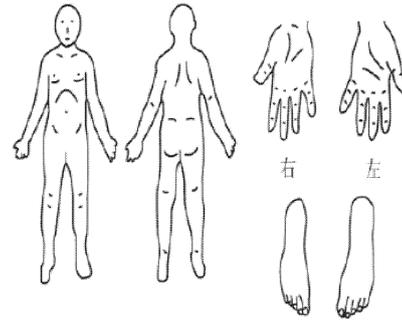
- (1) 感覚障害(下記図示)：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- (2) 運動障害(下記図示)：なし・しびれ性麻痺・けい性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・
腱反射(亢進・減弱・消失)・病的反射・その他()
- (3) 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他()
- (4) 排尿・排便機能障害：なし・あり
- (5) 形態異常：なし・あり

参考図示

2 計測

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kg	

計測法：
 上肢長：肩峰→機首茎状突起
 下肢長：上前腸骨棘→(脛骨)内果
 上腕周径：最大周径
 前腕周径：最大周径
 大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径
 (小児等の場合は別記)
 下腿周径：最大周径



X 変形 ■ 切断 ▨ 感覚障害 ▤ 運動障害

上腕切断	健側上腕長cm	
	患側上腕長cm	
大腿切断	健側大腿長cm	
	患側大腿長cm	
下腿切断	健側下腿長cm	
	患側下腿長cm	

計測法：
 上腕切断：腋窩レベル～上腕断端までの距離
 大腿切断：股レベル～大腿断端までの距離
 下腿切断：内側膝関節裂隙～下腿断端までの距離

※ 3、4、5については、壁づたい、つえ及び補装具等を使用しない場合での状況を記入すること。

- 3 歩行能力 正常に可能・ m歩行可能・歩行不能
- 4 起立位 正常に可能・ 分間以上困難・不能
- 5 片脚での起立位保持 (可・不可)

6 動作・活動 自立○ 半介助△ 全介助又は不能×、()の中のものを使う時はそれに○(下記 注参照)

寝返りする	洋式便器に座る	いすに腰かける	横座り	あぐら	正座
-------	---------	---------	-----	-----	----

新聞紙をつまむ	右	左	背中を洗う	
丸めた週刊誌を握る	右	左	排泄の後始末をする	
コップで水を飲む	右	左	かぶりシャツを着て脱ぐ	
はしで食事をする	右	左	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
さじで食事をする(自助具)	右	左	靴下をはく	
字を書く	右	左	立つ(手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	
ブラシで歯をみがく(自助具)	右	左	家の中の移動(壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	
顔を洗いタオルでふく			屋外を移動する(家の周辺程度)(つえ、松葉づえ、車いす)	
タオルを絞る			二階まで階段を上って下りる(手すり、つえ、松葉づえ)	
ひもを結ぶ			公共の乗物を利用する	

注：身体障害者福祉法の等級は機能障害 (impairment) のレベルで認定されるので、()の中のものに○がついている場合、原則として自立していないという解釈になる。

関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)(この表は必要な部分を記入) 検査日 (年 月 日)

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()													
180	150	120	90	60	30	0	30	60	90	90	60	30	0	30	60	90	120	150	180		
()前屈							後屈()	頸	()左屈							右屈()					
()前屈							後屈()	体幹	()左屈							右屈()					
右	180	150	120	90	60	30	0	30	60	90	90	60	30	0	30	60	90	120	150	180	左
()屈曲							伸展()	肩	()伸展							屈曲()					
()外転							内転()	肩	()内転							外転()					
()外旋							内旋()	肩	()内旋							外旋()					
()屈曲							伸展()	肘	()伸展							屈曲()					
()回外							回内()	前腕	()回内							回外()					
()掌屈							背屈()	手	()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()					
()屈曲	180	150	120	90	60	30	0	30	60	90	90	60	30	0	30	60	90	120	150	180	
()屈曲							伸展()	股	()伸展							屈曲()					
()外転							内転()	股	()内転							外転()					
()外旋							内旋()	股	()内旋							外旋()					
()屈曲							伸展()	膝	()伸展							屈曲()					
()底屈							背屈()	足	()背屈							底屈()					

備考 筋力と動作・活動状況に乖離がある場合は、その理由を必ず記入すること。

- 注：1 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
 2 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
 3 関節可動域の図示は、のように両端に太線をひき、その間を線で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線(S)を引く。
 4 筋力については、徒手筋力テスト段階5により、表()内に0~5(又は×△○印)を記入する。
 ×印は筋力消失又は著減(筋力0、1、2該当)、△印は筋力半減(筋力3該当)、○印は筋力正常又はやや減(筋力4、5該当)(ただし、○印については、筋力正常若しくはやや減、又は、4若しくは5の区別を明記する。)
 5 (PIP)の項母指は(IP)関節を指す。
 6 DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
 7 図中ぬりつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示 ×(2)伸展 屈曲(3)△

- 備考 1 異常がある部位は全て記入すること。
 2 手指の欠損部位を示す場合には、おや指については指骨間関節以上その他の指については近位指節間関節を欠くか否かを明示すること。

二つ以上の障害が重複する場合の取扱い

1 二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定する。

合計指数	18以上	17～11	10～7	6～4	3～2	1
認定等級	1級	2級	3級	4級	5級	6級

2 合計指数の算定方法

(1) 合計指数は次の等級別指数表により、各々の障害の該当する等級の指数を合計したものとす。

障害等級	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
指 数	18	11	7	4	2	1	0.5

(2) 合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位(機能障害が2か所以上あるときは上位の部位とする。)から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

(例) 右上肢のすべての指を欠くもの 3級 等級別指数 7
 手関節の全廃 4級 " 4
 合計指数 11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの 3級 等級別指数 7
 (例) 左上肢の肩関節の全廃 4級 等級別指数 4
 " 肘関節 " 4級 " 4
 " 手関節 " 4級 " 4
 合計指数 12

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢の肩関節から欠くもの 2級 等級別指数 11

総括表 身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

氏 名	年 月 日生	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 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。 ※早見表による根拠				
	障 害 部 位	等 級	項 目	指 数
	上肢機能障害			
	移動機能障害			
	合 計			
注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば脳原性運動機能障害(上下肢不随意運動)等を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、脳性麻痺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。				

脳原性運動機能障害用

1 上肢機能障害

ア 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

イ 一上肢機能障害 (該当するものを○で囲むこと)

〈5動作の能力テスト結果〉

- a 封筒をはさみで切るときに固定する (可能・不可能)
- b 財布から硬貨を出す (可能・不可能)
- c 傘をさす (可能・不可能)
- d 健側の爪を切る (可能・不可能)
- e 健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 (該当するものを○で囲むこと)

〈下肢・体幹機能評価結果〉

- a つたい歩きをする。 (可能・不可能)
- b 支持なしで立位を保持し、その後10m歩行する (可能・不可能)
- c いすから立ち上り10m歩行し、再びいすに座る (可能・不可能) _____ 秒
- d 50cm幅の範囲内を直線歩行する (可能・不可能)
- e 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上る (可能・不可能)

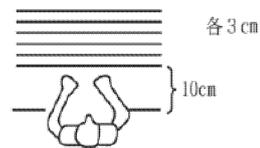
(注) この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア ひも結びテスト

事務用とじひも(概ね43cm規格のもの)を使用する。

- ① とじひもを机の上、被験者前方に図のように置き並べる。
- ② 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。



(注) ○上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

○手を机上に浮かしてむすぶこと。

- ③ むすび目の位置は問わない。
- ④ ひもが落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。
- ⑤ ひもは検査担当者が随時補充する。
- ⑥ 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。

イ 5動作の能力テスト

- a 封筒をはさみで切るときに固定する。

患手で封筒をテーブルの上に固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上ののせてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。はさみはどのようなものを用いてもよい。

- b 財布から硬貨を出す。

財布を患手で持ち、空中に支え(テーブル面上ではなく)、健手で硬貨を出す。ジッパーを開けて閉めることを含む。

- c 傘をさす。

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。

立位ではなく座位のままでよい。肩にかついではいけない。

- d 健側の爪を切る。

大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

- e 健側のそで口のボタンをとめる。

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。

総括表 身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳以上用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記)	心臓機能障害	
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、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症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安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。		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 (年 月 日)

- | | |
|---------------------|---------------------------|
| ア 動 悸 (有 ・ 無) | キ 浮 腫 (有 ・ 無) |
| イ 息 切 れ (有 ・ 無) | ク 心 拍 数 回/分 |
| ウ 呼 吸 困 難 (有 ・ 無) | ケ 脈 拍 数 回/分 |
| エ 胸 痛 (有 ・ 無) | コ 血 圧 (最大 ・ 最小) |
| オ 血 痰 (有 ・ 無) | サ 心 音 (清 ・ 濁 ・ その他 ()) |
| カ チアノーゼ (有 ・ 無) | シ BNP 値 () |

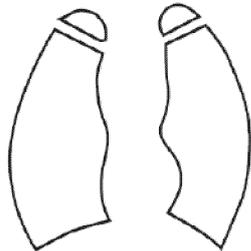
(NT-proBNPでも可)

ス 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・発作年月日・心電図所見等を記入

セ その他の臨床所見

- ・心エコー所見 (年 月 日)
- ・左室駆出率 (LVEF) () %

2 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心胸比 () %

他所見 ()

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 (右、左) ・ 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 (心室性・上室性) ・ 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 ST の 0.1mV 以 上 の 低 下 | (有 ・ 無) |

4 その他の所見（該当する場合は記入すること）

5 活動能力の程度

- 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、それ以上の活動でも著しく制限されることが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こらないもの（非該当）
- 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回に頻脈発作を繰り返す、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの（4級相当）
- 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こるもの（4級相当）
- 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こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返す必要としているもの（3級相当）
- 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰り返してアダムスストークス発作が起こるもの（1級相当）

6 人工弁移植、弁置換 （有・無） 手術日（ 年 月 日）

7 ペースメーカ （有・無） 手術日（ 年 月 日）

8 ペースメーカ「有」の場合のみ次を記入

●ペースメーカの適応度（クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ）

※ 「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」（2010年合同研究班報告）におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、当てはまるものに○をすること。

●身体活動能力（運動強度）検査日・判断日（ 年 月 日）（メッツ）

※ メッツ値について、症状が変動（重くなったり軽くなったり）する場合は、症状がより重度の状態（メッツ値が一番低い値）を記載すること。

総括表 身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳未満用)

氏名	年 月 日生	男・女
住所		
① 障害名(部位を明記) 心臓機能障害		
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、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症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安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。		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳未満用)

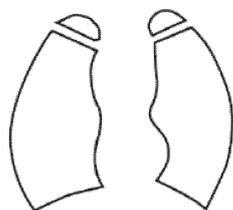
(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 (年 月 日)

- 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)



心 胸 比
() %

- 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)

(2) 心電図所見 (年 月 日)

- 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 [種類] (有・無)
- エ 心筋障害像 [所見] (有・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

- 6か月～1年ごとの観察 (非該当)
- 1か月～3か月ごとの観察 (4級相当)
- 症状に応じて要医療 (4級相当)
- 継続的要医療 (3級相当)
- 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治療を要するもの (1級相当)

総括表 身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

氏名	生	年	月	日	男・女
住所					
① 障害名(部位を明記)		じん臓機能障害			
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、慢性糸球体腎炎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。					

じん臓の機能障害の状況及び所見

- 1 身長 () cm ・体重 () kg
- 2 じん臓機能 (年 月 日)
- ア 内因性クレアチニンクリアランス値 (ml/分) エ 24時間尿量 (ml/日)
- イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dl) オ 尿所見 ()
- ウ 血清尿素窒素濃度 (mg/dl)
- 3 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) (年 月 日)
- 4 臨床症状(該当する項目が有の場合は、裏づける所見を記入すること) (年 月 日)

臨床症状	有 無 (どちらかに○)	裏づける所見 (有の場合に記載)
ア じん不全に基づく末梢神経症	有 無	所見
イ じん不全に基づく消化器症状	有 無	<input type="checkbox"/> 食思不振 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢
ウ 水分電解質異常	有 無	Na () mEq/l K () mEq/l Ca () mg/dl P () mg/dl <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 乏尿 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 肺うっ血 <input type="checkbox"/> その他()
エ じん不全に基づく精神異常	有 無	所見
オ X線写真所見における骨異常栄養症	有 無	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度
カ じん性貧血	有 無	Hb () g/dl Ht () % 赤血球数 () ×10 ⁴ /mm ³
キ 代謝性アシドーシス	有 無	HCO ₃ () mEq/l
ク 重篤な高血圧症	有 無	最大血圧/最小血圧 () / () mmHg
ケ じん不全に直接関連するその他の症状	有 無	所見

5 現在までの治療内容

6 慢性透析治療法の実施の有無

- 有 (年 月 日 導入)
- 開始予定 (年 月 日 導入予定 ・ 未定)
- 無

7 日常生活の制限による分類

- 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、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの(非該当)
- 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(4級相当)
- 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(3級相当)
- 自己の身の日常生活活動を著しく制限されるもの(1級相当)

総括表 身体障害者診断書・意見書(呼吸器機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男・女
住 所		
① 障害名(部位を明記) 呼吸器機能障害		
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) ※フローボリューム曲線を添付すること。		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
在宅酸素療法		人工呼吸管理(含NPPV)
<input type="checkbox"/> 有	酸素吸入量 安静時()L/分、労作時()L/分	<input type="checkbox"/> 有()時間
<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 無
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、肺結核後遺症、慢性閉塞性肺疾患、肺線維症等原因となった疾患名を具体的に記入してください。		
2 治療又は手術後の症状が安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。		

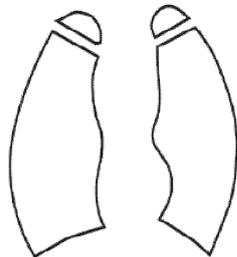
呼吸器の機能障害の状況及び所見呼吸器の機能障害の状況及び所見

1 身体計測 身長 () cm ・ 体重 () kg

2 活動能力の程度

- 激しい運動をした時だけ息切れがある (非該当)
- 平坦な道を早足で歩く、あるいは緩やかな上り坂を歩く時に息切れがある (4級相当)
- 息切れがあるので、同年代の人より平坦な道を歩くのが遅い、あるいは平坦な道を自分のペースで歩いている時、息切れのために立ち止まることがある (4級相当)
- 平坦な道を約100m、あるいは数分歩くと息切れのために立ち止まる (3級相当)
- 息切れがひどく家から出られない、あるいは衣服の着替えをする時にも息切れがある (1級相当)

3 胸部エックス線写真所見 (平成 年 月 日)



- ア 胸 膜 癒 着 (無・軽度・中等度・高度)
- イ 気 腫 化 (無・軽度・中等度・高度)
- ウ 線 維 化 (無・軽度・中等度・高度)
- エ 不 透 明 肺 (無・軽度・中等度・高度)
- オ 胸 郭 変 形 (無・軽度・中等度・高度)
- カ 心・縦隔の変形 (無・軽度・中等度・高度)

4 換気機能 (平成 年 月 日)

- ア 予測肺活量 . L
- イ 実測肺活量 . L
- ウ 実測努力肺活量 . L
- エ 一秒量 . L
- オ 予測肺活量1秒率 . % $(= \frac{I}{A} \times 100)$

(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

肺活量予測式 (L)

男性 $0.045 \times \text{身長 (cm)} - 0.023 \times \text{年齢(歳)} - 2.258$

女性 $0.032 \times \text{身長 (cm)} - 0.018 \times \text{年齢(歳)} - 1.178$

(予測式の適応年齢は、男性 18-91 歳、女性 18-95 歳であり、適応年齢範囲外の症例には使用しないこと。)

5 動脈血ガス (平成 年 月 日) ※可能な限りルームエア下で測定すること。

- ア O₂分圧 : Torr
- イ CO₂分圧 : Torr
- ウ pH :
- エ BE :
- オ 採血より分析までに時間を要した場合 時間 分
- カ 耳朶血を用いた場合: ()
- キ ルームエアでの測定が困難な場合、その理由及び採血時の酸素投与量を記載

6 その他の臨床所見

- ア SpO₂ 安静時 % 歩行時 %
- イ その他

※ 6分間歩行試験実施の場合は、歩行距離[m (%)]を記入すること。

裏面

- 1 活動能力の程度と予測肺活量1秒量、動脈血ガス O₂分圧に不均衡がある場合について

活動能力の程度と予測肺活量1秒量（以下「指数」という）及び動脈血ガス O₂分圧（以下「O₂分圧」という）に不均衡がある場合は、呼吸器機能障害以外の原因が活動能力の低下に関与していないか慎重に検討する必要があります。もし、活動能力の低下を説明する他の原因がなく、指数・O₂分圧以外の検査で活動能力の低下を証明できるなら、その所見を診断書の臨床経過欄等に記載してください。（例えば労作時の O₂分圧（SpO₂でも可）等）

- 2 指数と O₂分圧に不均衡がある場合について

換気機能障害を測るための指数と、ガス交換機能障害を測るための O₂分圧との間には、相当程度の相関関係があるのが一般的です。しかしながら、指数と O₂分圧のレベルに不均衡が生じる場合もあり、こうした場合には、指数の方が O₂分圧より誤差を生じやすいことにも配慮し、努力呼出曲線などの他のデータを活用したり、CO₂分圧やPH値の数値も参考にし、総合的な障害等級の判断をお願いします。

なお、このように指数と O₂分圧に不均衡がある場合については、障害等級をどのような理由で判断したかについて記載いただくようお願いします。判断の根拠となった他の検査データがある場合は、そのデータの記載または添付をお願いします。

- 3 動脈血ガスの検査について

認定基準に示された数値は、急性増悪期ではなく安定期、しかも安静時、ルームエア吸入時のものです。したがって診断書に記入するのはこの状況下での数値となりますが、ルームエアでの測定が困難な場合は、その理由及び採血時の酸素投与量を記載してください。また、ルームエアでの SpO₂のデータがあれば、参考となりますので併せて御記入ください。

総括表 身体障害者診断書・意見書(ぼうこう又は直腸機能障害用)

氏名	年 月 日生	男・女
住 所		
① 障害名(部位を明記)	<input type="checkbox"/> ぼうこう機能障害 <input type="checkbox"/> 直腸機能障害 <input type="checkbox"/> ぼうこう・直腸機能障害	
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(ストマについては、永久的な造設に関して記載)		
〔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、ぼうこう腫瘍、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。		

ぼうこう又は直腸の機能障害の状況及び所見

〔記入上の注意〕

- ・「ぼうこう機能障害」及び「直腸機能障害」については、該当する障害についてのみ記載し、両方の障害を併せもつ場合には、それぞれについて記載すること。
- ・1～3の各障害及び障害程度の等級の欄においては、該当する項目の□にレを入れ、必要事項を記述すること。
- ・障害認定の対象となるストマについては、排尿・排便のための機能を持ち、永久的に造設されるものに限る。

1 ぼうこう機能障害

□ 尿路変向(更)のストマ

(1) 種類・術式

- ① 種類
- 腎瘻 腎盂瘻
 - 尿管瘻 ぼうこう瘻
 - 回腸(結腸)導管
 - その他[_____]

② 術式: [_____]

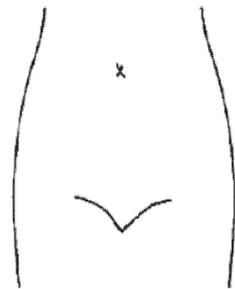
③ 手術日: [_____ 年 月 日]

④ 閉鎖予定 無 有 (_____ 年 月頃)

(2) ストマにおける排尿処理の状態

○長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

- 有 (理由)
 - 軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)
 - ストマの変形
 - 不適切な造設箇所
- 無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 高度の排尿機能障害

(1) 原因

- 神経障害
 - 先天性: [_____] (例:二分脊椎 等)
 - 直腸の手術
 - ・術式: [_____]
 - ・手術日: [_____ 年 月 日]
- 自然排尿型代用ぼうこう
 - ・術式: [_____]
 - ・手術日: [_____ 年 月 日]

(2) 排尿機能障害の状態・対応

- カテーテルの常時留置
- 自己導尿の常時施行
- 完全尿失禁
- その他 [_____]

2 直腸機能障害

□ 腸管のストマ

(1) 種類・術式

(2) ストマにおける排便処理の状態

- ① 種類
- 空腸ストマ 回腸ストマ
 - 上行結腸ストマ 横行結腸ストマ
 - 下行結腸ストマ S状結腸ストマ
 - その他 [_____]

○長期にわたるストマ用装具の装着が困難な状態の有無について

有

(理由)

軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)

ストマの変形

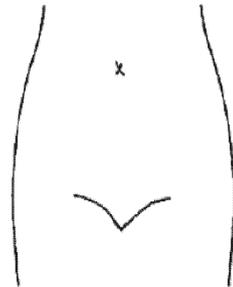
不適切な造設箇所

② 術式: [_____]

③ 手術日: [_____ 年 月 日]

④ 閉鎖予定 無 有 (_____ 年 月頃)

無



(ストマ及びびらんの部位等を図示)

□ 治癒困難な腸瘻

(1) 原因

(3) 腸瘻からの腸内容のもれの状態

- ① 放射線障害
- 疾患名: [_____]

大部分

一部分

- ② その他
- 疾患名: [_____]

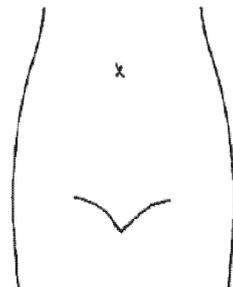
(4) 腸瘻における腸内容の排泄処理の状態

(2) 瘻孔の数: [_____ 個]

軽快の見込みのない腸瘻周辺の皮膚の著しいびらんがある(部位、大きさについて図示)

その他

[_____]



(腸瘻及びびらんの部位等を図示)

高度の排便機能障害

(1) 原因

先天性疾患に起因する神経障害
[_____]
(例：二分脊椎 等)

その他

先天性鎖肛に対する肛門形成術
手術日：[_____ 年 月 日]

小腸肛門吻合術
手術日：[_____ 年 月 日]

(2) 排便機能障害の状態・対応

完全便失禁

軽快の見込みのない肛門周辺の皮膚の著しいびらんがある

週に2回以上の定期的な用手摘便が必要

その他

[_____]

3 障害程度の等級

(1級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもち、かつ、いずれかのストマにおいて排便・排尿処理が著しく困難な状態があるもの
- 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態又は腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態があるもの
- 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排尿処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態及び高度の排便機能障害があるもの

(3級に該当する障害)

- 腸管のストマに尿路変向(更)のストマを併せもつもの
- 腸管のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 尿路変向(更)のストマに治癒困難な腸瘻を併せもつもの
- 尿路変向(更)のストマをもち、かつ、ストマにおける排便処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 治癒困難な腸瘻があり、かつ、腸瘻における腸内容の排泄処理が著しく困難な状態又は高度の排便機能障害があるもの
- 高度の排便機能障害があり、かつ、高度の排便機能障害があるもの

(4級に該当する障害)

- 腸管又は尿路変向(更)のストマをもつもの
- 治癒困難な腸瘻があるもの
- 高度の排便機能障害又は高度な排便機能障害があるもの

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。

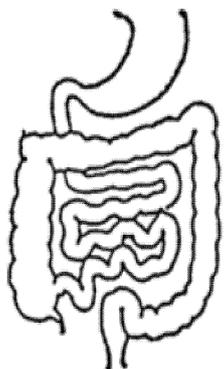
推定残存小腸の長さ、その他の所見

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 ()
- ・ 装具の種類 ()
- ・ 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 /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、腸間膜附着部の距離をいう。

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。

総括表 身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳以上用)

氏名	年 月 日生	男・女
住所		
① 障害名(部位を明記)	免疫機能障害	
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、HIV感染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 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。		

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(13歳以上用)

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 年 月 日

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査日	検査結果
判定結果		年 月 日	陽性・陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果 ※ いずれか1つの検査による確認が必要

	検査法	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性・陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性・陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

2 エイズ発症の状況

HIVに感染していて、エイズを発症している者の場合は、次に記載すること。

指標疾患とその診断根拠	
-------------	--

注4 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)に規定するものをいう。

回復不能なエイズ合併症のため介助なしでの日常生活	不 能 ・ 可 能
--------------------------	-----------

3 CD4陽性Tリンパ球数(／μl)

検 査 日	検 査 値	平 均 値
年 月 日	／μl	／μl
年 月 日	／μl	

注5 左欄には、4週間以上間隔をおいて実施した連続する2回の検査値を記載し、右欄にはその平均値を記載すること。

4 検査所見及び日常生活活動制限の状況

(1) 検査所見

検査日	年 月 日	年 月 日
白血球数	／μl	／μl

検査日	年 月 日	年 月 日
Hb量	g/dl	g/dl

検査日	年 月 日	年 月 日
血小板数	／μl	／μl

検査日	年 月 日	年 月 日
HIV-RNA量	copy/ml	copy/ml

注6 4週間以上の間隔をおいて実施した連続する2回以上の検査結果を記入すること。

検査所見の該当数 [個]

(2) 日常生活活動制限の状況

以下の日常生活活動制限の有無について該当する方を○で囲むこと。

日常生活活動制限の内容	左欄の状況の有無
1日に1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労が月に7日以上ある	有 ・ 無
健常時に比し10%以上の体重減少がある	有 ・ 無
月に7日以上の上の不定の発熱(38℃以上)が2か月以上続く	有 ・ 無
1日に3回以上の泥状ないし水様下痢が月に7日以上ある	有 ・ 無
1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有 ・ 無
「身体障害認定基準」10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害(1)のアの(ア)のjに示す日和見感染症の既往がある	有 ・ 無
生鮮食料品の摂取禁止等の日常生活活動上の制限が必要である	有 ・ 無
軽作業を超える作業の回避が必要である	有 ・ 無
日常生活活動制限の数[個]	

注7 「日常生活活動制限の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

注8 「生鮮食料品の摂取禁止」の他に、「生水の摂取禁止」、「脂質の摂取制限」、「長期にわたる密な治療」、「厳密な服薬管理」、「人混みの回避」が同等の制限に該当するものであること。

総括表 身体障害者診断書・意見書(免疫機能障害13歳未満用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記) 免疫機能障害		
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、HIV感染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 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。		

ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害の状況及び所見(13歳未満用)

1 HIV感染確認日及びその確認方法

HIV感染を確認した日 _____ 年 月 日

※小児のHIV感染は、原則として以下の(1)及び(2)の検査により確認される。

※(2)についてはいずれか1つの検査による確認が必要である。ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる検査時に生後18か月未満の小児については、さらに以下の(1)の検査に加えて、(2)のうち「HIV病原検査の結果」又は(3)の検査による確認が必要である。

(1) HIVの抗体スクリーニング検査法の結果

	検査法	検査日	検査結果
判定結果		年 月 日	陽性 ・ 陰性

注1 酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等のうち1つを行うこと。

(2) 抗体確認検査又はHIV病原検査の結果

	検査法	検査日	検査結果
抗体確認検査の結果		年 月 日	陽性 ・ 陰性
HIV病原検査の結果		年 月 日	陽性 ・ 陰性

注2 「抗体確認検査」とは、Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等の検査をいう。

注3 「HIV病原検査」とは、HIV抗原検査、ウイルス分離、PCR法等の検査をいう。

(3) 免疫学的検査所見

検査日	年 月 日
IgG	mg/dl

検査日	年 月 日
全リンパ球数(①)	/μl
CD4陽性Tリンパ球数(②)	/μl
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合(〔②〕/〔①〕)	%
CD8陽性Tリンパ球数(③)	/μl
CD4/CD8比(〔②〕/〔③〕)	

2 障害の状況

(1) 免疫学的分類

検 査 日	年 月 日	免疫学的分類
CD4陽性Tリンパ球数	/μl	重度低下・中等度低下・正 常
全リンパ球数に対するCD4陽性Tリンパ球数の割合	%	重度低下・中等度低下・正 常

注4 「免疫学的分類」欄では10ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害「身体障害認定基準」(2)のイの(イ)による程度を○で囲むこと。

(2) 臨床症状

ア 重度の症状

指標疾患とその診断根拠	

注5 「指標疾患」とは、「サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準」(厚生労働省エイズ動向委員会、2007)に規定するものをいう。

イ 中等度の症状 (以下の臨床症状の有無(既往を含む)について該当する方を○で囲むこと)

臨 床 症 状	症状の有無
30日以上続く好中球減少症(<1,000/μl)	有・無
30日以上続く貧血(<Hb 8g/dl)	有・無
30日以上続く血小板減少症(<100,000/μl)	有・無
1か月以上続く発熱	有・無
反復性又は慢性の下痢	有・無
生後1か月以前に発症したサイトメガロウイルス感染	有・無
生後1か月以前に発症した単純ヘルペスウイルス気管支炎、肺炎又は食道炎	有・無
生後1か月以前に発症したトキソプラズマ症	有・無

6か月以上の小児に2か月以上続く口腔咽頭カンジダ症	有・無
反復性単純ヘルペスウイルス口内炎(1年以内に2回以上)	有・無
2回以上又は2つの皮膚節以上の帯状疱疹	有・無
細菌性の髄膜炎、肺炎または敗血症	有・無
ノカルジア症	有・無
播種性水痘	有・無
肝炎	有・無
心筋症	有・無
平滑筋肉腫	有・無
HIV腎症	有・無
臨床症状の数 [個]	

注6 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

ウ 軽度の症状 (以下の臨床症状の有無(既往を含む)について該当する方を○で囲むこと)

臨 床 症 状	症状の有無
リンパ節腫脹(2か所以上で0.5cm以上。対称性は1か所とみなす。)	有・無
肝腫大	有・無
脾腫大	有・無
皮膚炎	有・無
耳下腺炎	有・無
反復性又は持続性の上気道感染	有・無
反復性又は持続性の副鼻腔炎	有・無
反復性又は持続性の中耳炎	有・無
臨床症状の数 [個]	

注7 「臨床症状の数」の欄には「有」を○で囲んだ合計数を記載すること。

総括表 身体障害者診断書・意見書(肝臓機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女								
住 所										
① 障害名(部位を明記) 肝臓機能障害										
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) (注) 肝臓移植を実施した者であって、抗免疫療法を実施しているものは、次ページの記載は省略可能。										
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">肝臓移植の実施</td> <td style="padding: 2px;">有 ・ 無</td> <td style="padding: 2px;">実施年月日</td> <td style="padding: 2px;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">抗免疫療法の実施</td> <td style="padding: 2px;">有 ・ 無</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年 月 日	抗免疫療法の実施	有 ・ 無		
肝臓移植の実施	有 ・ 無	実施年月日	年 月 日							
抗免疫療法の実施	有 ・ 無									
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、例えば単に肝硬変という記載にとどめることなく、C型 肝炎ウイルスに起因する肝硬変、ウィルソン病による肝硬変等のように種類が明らかなものは具体的に記載し、不明なときは疑わしい疾患名を記載してください。 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 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。										

肝臓機能障害の状況及び所見

1 障害の変動に関する因子（※下記のいずれかが「×」の場合は障害認定の対象外）

	第1回検査	第2回検査
180日以上アルコールを摂取していない	○ ・ ×	○ ・ ×
改善の可能性のある積極的治療を実施	○ ・ ×	○ ・ ×

2 肝臓機能障害の重症度

	検査日（第1回）		検査日（第2回）	
	平成 年 月 日		平成 年 月 日	
	状態	点数	状態	点数
肝性脳症	なし ・ I ・ II III ・ IV ・ V		なし ・ I ・ II III ・ IV ・ V	
腹水	なし ・ 軽度 ・ 中程度以上 (概ね ℓ)		なし ・ 軽度 ・ 中程度以上 (概ね ℓ)	
血清アルブミン値	g/dℓ		g/dℓ	
プロトロンビン時間	%		%	
血清総ビリルビン値	mg/dℓ		mg/dℓ	

合計点数	点	※	点
------	---	---	---

注1 90日以上180日以内の間隔において実施した連続する2回の診断・検査結果を入力すること。

注2 点数は、Child-Pugh分類による点数を記入すること。

注3 1級、2級については肝性脳症、腹水、血清アルブミン値、プロトロンビン時間、血清総ビリルビン値の項目のうち肝性脳症又は腹水の項目を含む3項目以上の項目において2点以上の状態が連続して2回以上続くことが必要である。

※ 初めて肝臓機能障害の認定を行う者であって、2回目の検査時点でChild-Pugh分類の合計点数が7点から9点までの状態である場合は、1年以上5年以内の期間内に再認定を実施すること。

<Child-Pugh分類>

	1点	2点	3点
肝性脳症	なし	軽度（I・II）	昏睡（III以上）
腹水	なし	軽度	中程度以上
血清アルブミン値	3.5g/dℓ超	2.8～3.5g/dℓ	2.8 g/dℓ未満
プロトロンビン時間	70%超	40～70%	40%未満
血清総ビリルビン値	2.0 mg/dℓ未満	2.0～3.0 mg/dℓ	3.0 mg/dℓ超

注4 肝性脳症の昏睡度分類は、犬山シンポジウム（1981年）による。

注5 腹水は、原則として超音波検査、体重増減、穿刺による排出量を勘案して見込まれる量が概ね1ℓ以上を軽度、3ℓ以上を中程度以上とするが、小児等の体重が概ね40kg以下の者については、薬剤によるコントロールが可能なものを軽度、薬剤によるコントロールができないものを中程度以上とする。

3 補完的な肝機能診断、症状に影響する病歴、日常生活活動の制限		
補完的な肝機能診断	血清総ビリルビン値 5.0 mg/dℓ以上	有・無
	検査日 年 月 日	
	血中アンモニア濃度 150 μg/dℓ	有・無
検査日 年 月 日		
補完的な肝機能診断	血小板数 50,000/mm ³ 以下	有・無
	検査日 年 月 日	
	症状に影響する病歴	原発性肝がんの治療の既往
確定診断日 年 月 日		
特発性細菌性腹膜炎治療の既往		有・無
確定診断日 年 月 日		
胃食道静脈瘤治療の既往		有・無
確定診断日 年 月 日		
現在のB型肝炎又はC型肝炎ウイルスの持続的感染		有・無
最終確認日 年 月 日		
日常生活活動の制限	1日1時間以上の安静臥床を必要とするほどの強い倦怠感及び易疲労感が月7日以上ある	有・無
	1日に2回以上の嘔吐あるいは30分以上の嘔気が月に7日以上ある	有・無
	有痛性筋けいれんが1日に1回以上ある	有・無
該当個数		個

歯科医師による診断書・意見書

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
現 症		
原因疾患名		
治療経過		
今後必要とする治療内容 (1) 歯科矯正治療の要否 (2) 口腔外科的手術の要否 (3) 治療完了までの見込み 向後 年 月		
現症をもとに上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 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 ・ 該当しない 年 月 日 病院又は診療所の名称 所在地 〒 電話番号 診療担当科名 科 15条歯科医師氏名		

<p>誤</p>	<p>熊本県告示第700号</p> <p>熊本県身体障害者福祉法施行細則（平成7年熊本県規則第16号）第3条の規定に基づき、身体障害者手帳診断書・意見書の様式を次のように定め、告示の日から施行する。</p> <p>なお、平成30年6月22日熊本県告示第501号（熊本県身体障害者福祉法施行細則第3条の規定に基づく身体障害者手帳診断書・意見書の様式）は、廃止する。</p> <p>令和3年8月6日</p> <p style="text-align: right;">熊本県知事 蒲 島 郁 夫</p>
----------	---