

(新)

(旧)

第1号様式（第2条関係）

身体障害者福祉法指定医の指定申請書

- 1 医療機関名
- 2 所在地
- 3 指定を受けようとする科目（最も専門とする科目を記載する。）
- 4 添付書類
 - (1) 医師免許証写し
 - (2) 同意書（別紙1のとおり）
 - (3) 経歴書（別紙2のとおり）
 - (4) 設備の概要（別紙3のとおり）

上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を受けたいので申請します。

年 月 日

医師氏名

高知県知事 様

別紙1

同 意 書

医師氏名	
医療機関名 及び所在地	
担当科目	
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 医療機関開設者 氏名又は名称 医師氏名 高知県知事 様	

別記第1号様式（第2条関係）

身体障害者福祉法指定医の指定申請書

- 1 医療機関名
- 2 所在地
- 3 指定を受けようとする科目（最も専門とする科目を記載する。）
- 4 添付書類
 - (1) 医師免許証写し
 - (2) 同意書（別紙1のとおり）
 - (3) 経歴書（別紙2のとおり）
 - (4) 設備の概要（別紙3のとおり）

上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を受けたいので申請します。

年 月 日

医師氏名



高知県知事 様

別紙1

同 意 書

医師氏名	
医療機関名 及び所在地	
担当科目	
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 医療機関開設者 氏名又は名称 医師氏名 高知県知事 様	

(新)

第2号様式 (第2条、第3条関係)

年 月 日

高知県知事 様

医師氏名

身体障害者福祉法指定医変更届

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として、下記のとおり変更しましたので、届け出ます。

記

- 1 変更年月日
- 2 変更の理由
- 3 変更の内容

項目	変更前	変更後
医療機関の名称		
医療機関の所在地		
氏名		
勤務先		

注 指定の内容を変更した場合の届出は、変更した日から20日以内に提出してください。

(旧)

第2号様式 (第2条、第3条関係)

年 月 日

高知県知事 様

医師氏名

印

身体障害者福祉法指定医変更届

身体障害者福祉法第15条第1項に規定する医師として、下記のとおり変更しました (高知市長の指定から引き続き知事の指定を受けたい) ので、届け出ます。

記

- 1 変更年月日
- 2 変更の理由
- 3 変更 (知事の指定) の内容

項目	変更前	変更後 <u>(知事の指定時)</u>
医療機関の名称		
医療機関の所在地		
氏名		
勤務先		

注 指定の内容を変更した場合の届出は、変更した日から20日以内に提出してください。

新旧対照表

(新)

第3号様式 (第3条関係)

年 月 日

高知県知事 様

医療機関名

医師氏名

身体障害者福祉法指定医の辞退届

下記のとおり身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医を辞退します。

記

- 1 辞退年月日
- 2 辞退の理由

(旧)

第3号様式 (第3条関係)

年 月 日

高知県知事 様

医療機関名

医師氏名

印

身体障害者福祉法指定医の辞退届

下記のとおり身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定医を辞退します。

記

- 1 辞退年月日
- 2 辞退の理由

(新)

第5号様式 (第5条関係)

身体障害者診断書・意見書 (障害用)

総括表

氏名	年 月 日生	男・女						
住所								
① 障害名 (部位を明記してください。)								
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・ 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	発生場所						
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みます。)								
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日								
⑤ 総合所見								
(将来の再認定 要・不要) (再認定の時期 年 月)								
⑥ その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断し、次のとおり意見を述べます。								
年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科目名 科 医師氏名 ㊞ (自署又は記名押印)								
身体障害者福祉法第15条第3項に規定する意見 (障害程度等級についても参考意見を記載してください。)	肢体不自由で該当する場合は、等級の内訳を下の表に記載してください。 <table border="1"> <tr> <td>上肢 (右・左・両)</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>下肢 (右・左・両)</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> </tr> </table> 注 1 下肢及び体幹の重複の場合は、指数合算を行わないでください。 2 各関節の認定の場合は、⑤欄に各関節の等級を記載してください。		上肢 (右・左・両)	級	下肢 (右・左・両)	級	体幹	級
上肢 (右・左・両)	級							
下肢 (右・左・両)	級							
体幹	級							
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」欄は視力障害、聴覚障害、右上下肢麻痺、心臓機能障害等現在起こっているものを、「原因となった疾病・外傷名」欄は緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾病名又は外傷名を記載してください。 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 (別紙) を添えてください。 3 障害区分又は等級決定のため、高知県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。 4 将来の再認定及び再認定の時期については、更生医療の適用、機能回復訓練等によって障害が軽減する等の変化が予想される場合に記載してください。								

(旧)

第5号様式 (第5条関係)

身体障害者診断書・意見書 (障害用)

総括表

氏名	年 月 日生	男・女
住所		
① 障害名 (部位を明記してください。)		
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・ 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	発生場所
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みます。)		
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見		
(将来の再認定 要・不要) (再認定の時期 年 月)		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断し、次のとおり意見を述べます。		
年 月 日 病院又は診療所の 所在地及び名称 診療担当科目名 科 医師氏名 ㊞		
身体障害者福祉法第15条第3項に規定する意見 (障害程度等級についても参考意見を記載してください。)		
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」欄は両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等現在起こっているものを、「原因となった疾病・外傷名」欄は緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾病名又は外傷名を記載してください。 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 (別紙) を添えてください。 3 障害区分又は等級決定のため、高知県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。 4 将来の再認定及び再認定の時期については、更生医療の適用、機能回復訓練等によって障害が軽減する等の変化が予想される場合に記載してください。		

(新)

(旧)

(別紙)

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申し述べます。併せて以下の意見を付します。 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当します。 ・該当しません。		
年 月 日	病院又は診療所の名称、所在地	
	標ぼう診療科名	
	歯科医師名 ㊞	
	(自署又は記名押印)	

(別紙)

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申し述べます。併せて以下の意見を付します。 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該当します。 ・該当しません。		
年 月 日	病院又は診療所の名称、所在地	
	標ぼう診療科名	
	歯科医師名 ㊞	

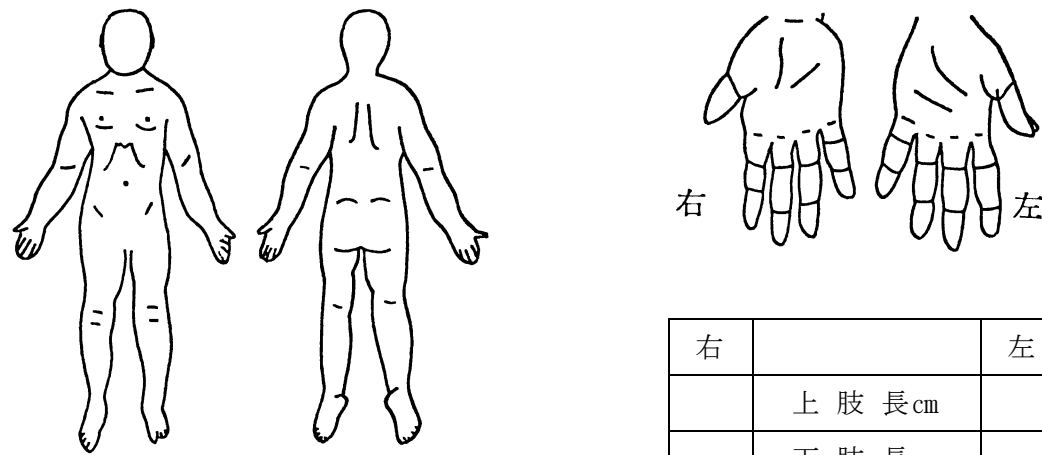
(新)

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（形態異状）の所見（該当するものを○で囲んでください。）

- 1 感覚障害（参考図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- 2 運動障害（参考図示）：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・筋力低下・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



× 変形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害

注 関係のない部分は、記載不要です。

計測法

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10センチメートルの周径（小児等の場合を除きます。）
 上腕周径：最大周径 下腿周径：最大周径

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	

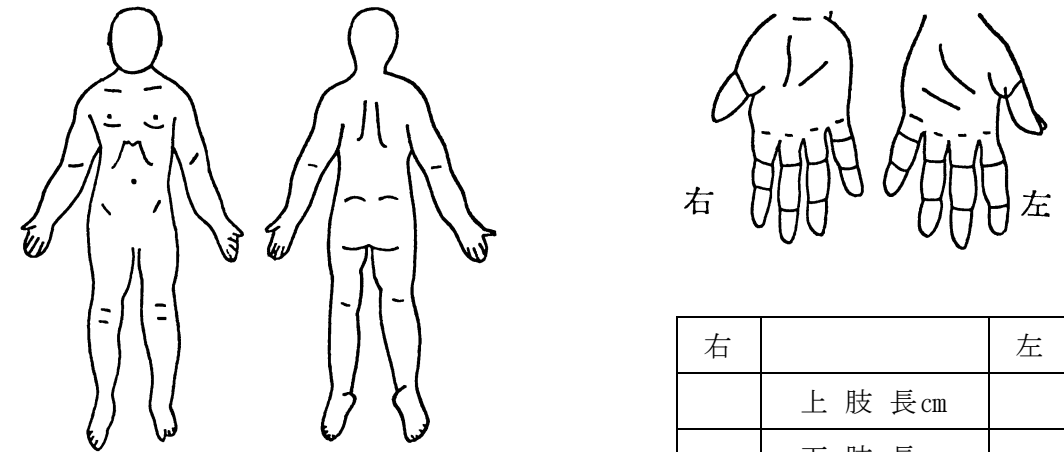
(旧)

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（形態異状）の所見（該当するものを○で囲んでください。）

- 1 感覚障害（参考図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- 2 運動障害（参考図示）：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・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



× 変形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害

注 関係のない部分は、記載不要です。

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	

(新)

(旧)

動作・活動 自立-○ 半介助-△ 全介助又は不能-× (△の場合に括弧内のものを使うときは、○で囲んでください。)

寝返りをうつ		シャツを着て脱ぐ	
脚を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ (自助具)	
椅子に腰掛ける		ブラシで歯を磨く (自動具)	右 左
立つ (手すり・壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具)		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動 (壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具・車椅子)		タオルを絞る	
洋式便器に座る		背中を洗う	
排せつの後始末をする		二階まで階段を上がって下りる (手すり・つえ・松葉づえ)	
(箸で) 食事する (スプーン・自動具)	右 左	屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ・松葉づえ・車椅子)	
コップで水を飲む	右 左	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ますので、括弧内に○が付いている場合は、原則として自立していないという解釈になります。

上肢の状態、歩行能力及び起立位の状態 (補装具を使用しない状況で該当するものを○で囲んでください。)

上肢で下げられる重さ	右	正常	(10kg・5kg) 以内	不能
	左	正常	(10kg・5kg) 以内	不能
歩行できる距離		正常	(2km・1km・100m) 以上困難	不能
起立位保持		正常	(1時間・30分・10分) 困難	不能
坐位の耐久性			() 分保持可能	不能

動作・活動 自立-○ 半介助-△ 全介助又は不能-× (() 内のものを使うときは、○で囲んでください。)

寝返りをうつ		シャツを着て脱ぐ	
脚を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ (自助具)	
椅子に腰掛ける		ブラシで歯を磨く (自動具)	
立つ (手すり・壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具)		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動 (壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具・車椅子)		タオルを絞る	
洋式便器に座る		背中を洗う	
排せつの後始末をする		二階まで階段を上がって下りる (手すり・つえ・松葉づえ)	
(箸で) 食事する (スプーン・自動具)		屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ・松葉づえ・車椅子)	
コップで水を飲む		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ますので、() 内に○が付いている場合は、原則として自立していないという解釈になります。

計測法:

上肢長: 肩峰^{じょう}→橈骨茎状突起 前腕周径: 最大周径
 下肢長: 上前腸骨棘^{きょく}→(脛骨)内果^{けい} 大腿周径: 膝蓋骨上縁上10センチメートルの周径 (小児等の場合を除きます。)

上腕周径: 最大周径 下腿周径: 最大周径

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) (この表は、必要な部分のみ記載してください。)

(新)

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満用)

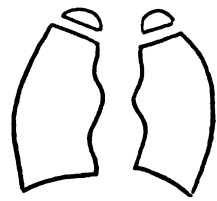
(該当するものを○で囲んでください。)

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)



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 肺静脈鬱血像 | (有・無) |

(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 病的な不整脈 | (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) |

3 養護の区分

- (1) 6月から1年までごとの観察
- (2) 1月から3月までごとの観察
- (3) 症状に応じて要医療
- (4) 継続的要医療
- (5) 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

(旧)

心臓の機能障害の状況及び所見 (18歳未満用)

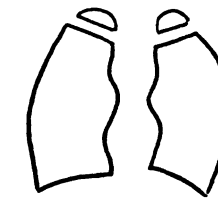
(該当するものを○で囲んでください。)

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)



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 肺静脈鬱血像 | (有・無) |

(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 病的な不整脈 | (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) |

3 養護の区分

- (1) 6月から1年までごとの観察
- (2) 1月から3月までごとの観察
- (3) 症状に応じて要医療
- (4) 継続的要医療
- (5) 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

(新)

腎臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲んでください。)

1 腎機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 (mℓ/分) 測定不能
- イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dℓ)
- ウ eGFR (推算糸球体濾過量) (mℓ/分/1.73m²)
- エ 血清尿素窒素濃度 (mg/dℓ)
- オ 24時間尿量 (mℓ/日)
- カ 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 (該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の括弧内に記入してください。)

- ア 腎不全に基づく末梢神経症 (有・無) ()
- イ 腎不全に基づく消化器症状 (有・無) (食思不振・悪心・嘔吐・下痢)
- ウ 水分電解質異常 (有・無) (Na mEq/ℓ、K mEq/ℓ
Ca mEq/ℓ、P mg/dℓ
浮腫・乏尿・多尿・脱水・肺
鬱血・その他 ())
- エ 腎不全に基づく精神異常 (有・無) ()
- オ エックス線写真上における骨異栄養症 (有・無) (高度・中等度・軽度)
- カ 腎性貧血 (有・無) (Hb g/dℓ、Ht %
赤血球数 ×10⁴/mm³)
- キ 代謝性アシドーシス (有・無) (HCO₃⁻ mEq/ℓ)
- ク 重篤な高血圧症 (有・無) (最大血圧/最小血圧
/ mmHg)

(旧)

腎臓の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲んでください。)

1 腎機能

- ア 内因性クレアチンクリアランス値 (mℓ/分) 測定不能
- イ 血清クレアチニン濃度 (mg/dℓ)
- ウ eGFR (推算糸球体濾過量) (mℓ/分/1.73m²)
- エ 血清尿素窒素濃度 (mg/dℓ)
- オ 24時間尿量 (mℓ/日)
- カ 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 (該当する項目が有の場合は、それを裏づける所見を右の () 内に記入してください。)

- ア 腎不全に基づく末梢神経症 (有・無) ()
- イ 腎不全に基づく消化器症状 (有・無) (食思不振・悪心・嘔吐・下痢)
- ウ 水分電解質異常 (有・無) (Na mEq/ℓ、K mEq/ℓ
Ca mEq/ℓ、P mg/dℓ
浮腫・乏尿・多尿・脱水・肺
鬱血・その他 ())
- エ 腎不全に基づく精神異常 (有・無) ()
- オ エックス線写真上における骨異栄養症 (有・無) (高度・中等度・軽度)
- カ 腎性貧血 (有・無) (Hb g/dℓ、Ht %
赤血球数 ×10⁴/mm³)
- キ 代謝性アシドーシス (有・無) (HCO₃⁻ mEq/ℓ)
- ク 重篤な高血圧症 (有・無) (最大血圧/最小血圧
/ mmHg)

新旧対照表

(新)

(旧)

ケ 腎不全に直接関連するその他の症状

(有・無) ()

4 現在までの治療内容

ア 慢性透析療法の実施

(有・無) (回数 /週及び期間)

イ 透析導入日

(年 月 日)

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、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの

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 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの

ケ 腎不全に直接関連するその他の症状

(有・無) ()

4 現在までの治療内容

(慢性透析療法の実施の有無(回数 /週及び期間)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、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの

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 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの

(新)

呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲んでください。)

1 身体計測

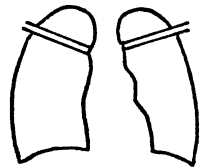
身長_____cm 体重_____kg

2 活動能力の程度

- ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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。

3 胸部エックス線所見 (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 繊維化 (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 換気の機能 (年 月 日)

検査条件 室内空気下 酸素吸入時 (L/分)

- ア 予測肺活量 □・□□L (実測肺活量 □・□□L)
- イ 1秒量 □・□□L (実測努力肺活量 □・□□L)
- ウ 予測肺活量1秒率 □□・□% ($=\frac{イ}{ア} \times 100$)
(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

(旧)

呼吸器の機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲んでください。)

1 身体計測

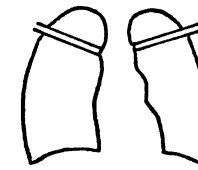
身長_____cm 体重_____kg

2 活動能力の程度

- ア 激しい運動をした時だけ息切れがある。
- イ 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。
- ウ 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。
- エ 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。
- オ 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。

3 胸部エックス線所見 (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 繊維化 (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 換気の機能 (年 月 日)

- ア 予測肺活量 □・□□L (実測肺活量 □・□□L)
- イ 1秒量 □・□□L (実測努力肺活量 □・□□L)
- ウ 予測肺活量1秒率 □□・□% ($=\frac{イ}{ア} \times 100$)
(アについては、下記の予測式を使用して算出すること。)

(新)

(旧)

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 (年 月 日)

検査条件 室内空気下 酸素吸入時 (L/分)

ア O₂分圧 : □ □ □ ・ □ Torr

イ CO₂分圧 : □ □ □ ・ □ Torr

ウ pH : □ ・ □ □

エ 採血より分析までに時間を要した場合 □ □ 時間 □ □ 分

オ 耳朶^{みみ}血を用いた場合 ()

6 その他の臨床所見

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 (年 月 日)

ア O₂分圧 : □ □ □ ・ □ Torr

イ CO₂分圧 : □ □ □ ・ □ Torr

ウ pH : □ ・ □ □

エ 採血より分析までに時間を要した場合 □ □ 時間 □ □ 分

オ 耳朶^{みみ}血を用いた場合 ()

6 その他の臨床所見

注 4及び5の検査数値は、安静時に通常の室内空気を吸入している条件下で検査した時のものを記載してください。酸素吸入等を行わなければ呼吸困難となり、測定不能となる場合は、「酸素吸入時」にチェックを入れ、投与量を記載してください。その上で、6に「呼吸困難が強いため、指数の測定が不能」と記載してください。

(新)

第6号様式（第6条関係）

身体障害者 居住地変更届 福祉事務所又は町村等記載欄※1
氏名

年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名

私は、次のとおり居住地氏名を変更しました。

申請理由	
発行者	手帳番号
町村コード	ケース番号

住所変更……………6
氏名変更……………7
県外からの転入…8

1 申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。）

フリガナ		年 月 日生
氏名		
個人番号		
居住地 (新住所)	市 町 村	
住所コード	※	
電話番号	-	-

2 保護者氏名・続柄（申請者が15歳未満の場合）

※ 父……1 兄……5
母……2 姉……6
祖父…3 その他
祖母…4 コード表
参照

氏名		続柄	
----	--	----	--

3 手帳交付番号等

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
※ () 発行者 都道府 第 県 市 号	年 月 日			

4 旧居住地・氏名等

旧居住地	旧氏名	変更年月日
		年 月 日

年 月 日 身体障害者手帳記載済み
年 月 日 身体障害者指導記録票送付済み
福祉事務所長又は町村長

身体障害者更生指導記録票の送付先 福祉事務所名又は町村名及び所在地 (転入先の福祉事務所又は町村が記 載する。)	
---	--

備考 1 「個人番号」欄は、申請理由が県外からの転入である場合のみ記載してください。
2 ※印欄は、記載しないでください。

(旧)

第6号様式（第6条関係）

身体障害者 居住地変更届 ※福祉事務所又は町村等記載欄
氏名

年 月 日

高知県知事 様

申請者氏名

私は、次のとおり居住地氏名を変更しました。

申請理由	
発行者	手帳番号
町村コード	ケース番号

住所変更……………6
氏名変更……………7
県外からの転入…8

1 申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。）

フリガナ		男 (M) 女 (W)	年 月 日生
氏名			
個人番号		本籍地 ※	都道 府県
居住地 (新住所)	市 町 村		
住所コード	※		
電話番号	-	-	施設入所 等の状況 1 在宅 000 ※ 2 病院 900 3 施設 ()

2 保護者氏名・続柄（申請者が15歳未満の場合）

※ 父……1 兄……5
母……2 姉……6
祖父…3 その他
祖母…4 コード表
参照

氏名		続柄	
----	--	----	--

3 手帳交付番号等

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
※ () 発行者 都道府 第 県 市 号	年 月 日			

4 旧居住地・氏名等

旧居住地	旧氏名	変更年月日
		年 月 日

年 月 日 身体障害者手帳記載済み
年 月 日 身体障害者指導記録票送付済み
福祉事務所長又は町村長 印

身体障害者更生指導記録票の送付先 福祉事務所名又は町村名及び所在地 (転入先の福祉事務所又は町村が記 載する。)	
---	--

備考 1 ※印欄は、記載しないでください。
2 保護者の個人番号については、記載する必要はありません。

(新)

第7号様式 (第6条関係)

第 号
年 月 日

知事 様

高知県知事

身体障害者居住地変更通知書

下記の者は、 年 月 日で転入し、居住地変更届を提出したので、これを受理し、変更の事務処理をしました。

なお、身体障害者更生指導記録票を該当福祉事務所長又は町村長に送付してください。

記

居 住 地

氏 名

(年 月 日生)

手 帳 番 号		交付年月日	
変更後の居住地			

通知先の記載欄	処 理 事 項	処 理 年 月 日	担 者 当 印
	身体障害者手帳交付台帳抹消済み		
	福祉事務所又は町村連絡済み		
	身体障害者更生指導記録票送付済み		

(旧)

第7号様式 (第6条関係)

第 号
年 月 日

知事 様

高知県知事



身体障害者居住地変更通知書

下記の者は、 年 月 日で転入し、居住地変更届を提出したので、これを受理し、変更の事務処理をしました。

なお、身体障害者更生指導記録票を該当福祉事務所長又は町村長に送付してください。

記

本 籍 地

居 住 地

氏 名

(年 月 日生)

手 帳 番 号		交付年月日	
変更後の居住地			

通知先の記載欄	処 理 事 項	処 理 年 月 日	担 者 当 印
	身体障害者手帳交付台帳抹消済み		
	福祉事務所又は町村連絡済み		
	身体障害者更生指導記録票送付済み		

(新)

(旧)

第8号様式（第7条関係）

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日 福祉事務所又は町村等記載欄※1

高知県知事 様

申請者氏名

身体障害者手帳の交付を次のとおり申請します。

1 申請理由（該当するものを○で囲んでください。）

- 1 新規交付
- 2 障害程度の変更
- 3 新しい障害の追加
- 4 紛失
- 5 破損

申請理由	
発行者	手帳番号
町村コード	ケース番号

2 申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。）

フリガナ		年 月 日生
氏名		
個人番号		
居住地	市 町 村	
住所コード	※	
電話番号		

3 保護者氏名・続柄（申請者が15歳未満の場合）

- ※
- 父……1 兄……5
 - 母……2 姉……6
 - 祖父…3 その他コ
 - 祖母…4 ード表参

氏名		続柄	
----	--	----	--

4 手帳交付番号等（申請理由が2、3、4又は5の場合）

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
※（ ） 発行者 都道府 第 県 市 号	年 月 日 有期再認定年月			

5 旧居住地・氏名等（居住地・氏名変更届が提出されていない場合）

旧居住地	旧氏名
------	-----

- 備考 1 「個人番号」欄は、申請理由が新規交付である場合のみ記載してください。
2 ※印欄は、記載しないでください。

第8号様式（第7条関係）

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日 ※福祉事務所又は町村等記載欄

高知県知事 様

申請者氏名

身体障害者手帳の交付を次のとおり申請します。

1 申請理由（該当するものを○で囲んでください。）

- 1 新規交付
- 2 障害程度の変更
- 3 新しい障害の追加
- 4 紛失
- 5 破損

申請理由	
発行者	手帳番号
町村コード	ケース番号

2 申請者氏名・居住地等（楷書ではっきり書いてください。）

フリガナ		男 (M) 女 (W)	年 月 日生
氏名			
個人番号		本籍地	※ 都道 府県
居住地	市 町 村		
住所コード	※		
電話番号		施設入所 等の状況	1 在宅 000 ※ 2 病院 900 3 施設 ()

3 保護者氏名・続柄（申請者が15歳未満の場合）

- ※
- 父……1 兄……5
 - 母……2 姉……6
 - 祖父…3 その他コ
 - 祖母…4 ード表参

氏名		続柄	
----	--	----	--

4 手帳交付番号等（申請理由が2、3、4又は5の場合）

手帳番号	手帳交付年月日	種別	等級	障害名
※（ ） 発行者 都道府 第 県 市 号	年 月 日			

5 旧居住地・氏名等（居住地・氏名変更届が提出されていない場合）

旧居住地	旧氏名	変更年月日
		年 月 日

- 備考 1 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとして
ください。
2 ※印欄は、記載しないでください。
3 保護者の個人番号については、記載する必要はありません。

(新)

(旧)

第9号様式（第7条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所
氏名
電話番号
身体障害者との続柄

身体障害者手帳返還届

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

- 1 身体障害者の居住地
- 2 身体障害者の氏名
- 3 身体障害者手帳番号
- 4 身体障害者手帳交付年月日
- 5 障害名
- 6 身体障害者手帳を返還する理由

第9号様式（第7条関係）

年 月 日

高知県知事 様

届出者 住所
氏名
電話番号
身体障害者との続柄

印

身体障害者手帳返還届

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

- 1 身体障害者の居住地
- 2 身体障害者の氏名
- 3 身体障害者の個人番号
- 4 身体障害者手帳番号
- 5 身体障害者手帳交付年月日
- 6 障害名
- 7 身体障害者手帳を返還する理由

(新)

(旧)

第10号様式（第8条関係）

第10号様式（第8条関係）

第 号
年 月 日

第 号
年 月 日

様

様

高知県知事

高知県知事



却下決定通知書

却下決定通知書

年 月 日に申請がありました身体障害者福祉法による身体障害者手帳の
交付については、下記の理由により却下することに決定しましたので、通知します。

年 月 日に申請がありました身体障害者福祉法による身体障害者手帳の
交付については、下記の理由により却下することに決定しましたので、通知します。

記

記

(理由)

(理由)

(教示)

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、行政不服審査法の規定に基づき、高知県知事に対して審査請求をすることができます。(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。)
- 2 この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、行政事件訴訟法の規定に基づき、高知県を被告として(訴訟において高知県を代表する者は、高知県知事となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、その裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、その裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、行政不服審査法の規定に基づき、高知県知事に対して審査請求をすることができます。(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができなくなります。)
- 2 この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、行政事件訴訟法の規定に基づき、高知県を被告として(訴訟において高知県を代表する者は、高知県知事となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、その裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、その裁決の日の翌日から起算して1年を経過したときは、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)