|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医学的意見書　　　（心臓・呼吸器機能障害用） | | | | | | |
| 氏　　　名 | | |  | | | 大正・昭和  　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日生  平成・令和 |
| 住　　　所 | | | 郡　　　　　　町  埼玉県  市　　　　　　村 | | | |
| ①障害名 | | |  | | | |
| 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 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｡）  障害固定又は障害確定（推定）　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| ④ 障害認定所見　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　障害程度（　　　　　　級相当）  　軽度化による将来再認定　　　要　　・　　不要  （再認定の時期　　　　　年　　　　　月後　） | | | | | | |
| ⑤ その他参考となる合併症状 | | | | | | |
|  | 期　　　間 | | | 入院　　　　日間・通院　　　　日間（　　　回） | | |
| 更生医  療 | 事前検査  ・  具体的方針  ・  効果 | | | |  | |
| 補  装  具 | 新  ・  再  ・  修 | 名　称  ・  処　方  ・  効　果 | |  | | |
| 所  見 | 医療機関名  所　在　地  診療担当科  医　師　名  　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | |

様式第３号（４）