様式第３号（第６条関係）

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 　 | 生年月日 | 　　　　　　　　　　 | 年　　月　　日 | 男・女 |
| 住所 | 　 |
| 1. 障害名（部位を明示して記載）
 |
| 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　・場所 |
| ④　参考となる経過・現症（エックス線及び検査所見を含む。）障害固定又は障害確定（推定）　　年　　月　　日人工関節等置換術（　有　・　無　）：　　　年　　　月　　　日施行・予定 |
| ⑤　総合所見［将来再認定　要・不要　］［再認定の時期　１年後　・　３年後　・　５年後　］ |
| ⑥　その他参考となる合併症状 |
| 上記のとおり診断する。併せて下記の意見を付す。　　　　　　　　　　　　　　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条指定医師氏名　　　　　　　　　　　 |
| 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］

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内訳 | 上肢 | 右 級 | 左 級 |
| 下肢 | 右 級 | 左　　 級 | 両側 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　　　　　　　※同一疾患の場合、下肢と体幹の同時認定はできません |
| 注意　１　障害名には現在起こっている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、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患名を記入してください。　　　２　障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会等から改め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**

|  |
| --- |
| **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○でかこみ，下記空欄に追加所見記入） |
| 1. 感覚障害（下記図示）
2. 運動障害（下記図示）
3. 起因部位
4. 排尿・排便機能障害
5. 形態異常
 | ：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚：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：脳・脊髄性・末梢神経・筋肉・骨関節・その他：なし・あり：なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 08参 考 図 示 | 555555右　　　　　　　　左　 |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 右 |  | 左 |
|  | 上肢長 ㎝ |  |
|  | 下肢長 ㎝ |  |
|  | 上腕周径 ㎝ |  |
|  | 前腕周径 ㎝ |  |
|  | 大腿周径 ㎝ |  |
|  | 下腿周径 ㎝ |  |
|  | 握力 kg |  |

**（計測法）**上 肢 長：肩峰　→橈骨茎状突起下 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10㎝の周径（小児等の場合は別記）下腿周径：最大周径 |
| 変形 | 切離断 | 感覚障害 | 運動障害 |
|   　**切断・離断の場合（該当項目に○を）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **切 断 部 位**注：上腕は腋窩より、大腿は坐骨結節の高さより計測 | **右** | 上腕・前腕１/２(以上・未満)切断 | **左** | 上腕・前腕１/２(以上・未満)切断 |
| 離断関節：　 | 離断関節： |
| 大腿・下腿１/２(以上・未満)切断 | 大腿・下腿１/２(以上・未満)切断 |
| 離断関節： | 離断関節： |

＊手指の欠損については切断部位を図に明記下さい。身体障害者福祉法ではおや指は指骨間関節以上、その他の指は第一指骨間関節以上を欠いたときに欠損とみなします。  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **動作・活動**（自立：○　半介助又は一部自立：△　全介助又は不能：×を記入） | **右** | **左** |
| 寝返りする |  | 二階まで階段を上る （手すり，杖，松葉杖，装具） |  |
| 足を投げ出して座る （背もたれ，その他〔 　 　　　〕）　　 　　　　　　 |  | 二階から階段を下る （手すり，杖，松葉杖，装具）  |  |
| 正　座 |  | あぐら |  | 横座り |  | 字を書く　　：　利き手 〔　右 ・ 左　〕　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |  |
| 背もたれのある椅子に腰掛ける　　　　  ＊座位保持時間 （ 10分以上・ 　分程度） |  | 箸で食事をする （ スプーン，自助具 ）　 |  |  |
| コップを持って水を飲む　　 　　　　　　　　　　 　 |  |  |
| 椅子から立ち上がる (手すり，杖，その他〔　　　　 　　〕) |  | 歯を磨く　　　 　　 |  |  |
| 起立位を保つ （手すり，壁，杖，松葉杖，装具　） |  | 顔を洗いタオルで拭く　　　　　　　　　　　　　  |  |  |
|  ＊起立位保持時間 （ 30分以上・　 　　　分程度） | タオルを絞る |  |
| 家の中の移動 （手すり，壁，杖，松葉杖，装具，車いす） |  | 背中を洗う　　　　　 　　  |  |
| 家の周辺の移動 （杖，松葉杖，装具，車いす） |  | シャツを着て脱ぐ　〔 ボタン： 可 ・ 不可 〕  |  |
|  ＊歩行距離 （ 1km以上・　　　　 　　ｍ程度） | ズボンをはいて脱ぐ （自助具，その他〔　 　　　　〕）　　　　　　　　 |  |
| バスなど公共の乗り物の利用　　　　　　 　　 |  | 排泄の後処理をする　　　　　 　　　 |  |  |

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（　）の中に○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ります。 |

４－３３身体障害者診断書・意見書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 明治 昭和大正 平成 | 年　　月　　日 | 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、戦傷戦災、疾病、先天性、その他（　　　　　） |
| ③ | 疾病・外傷発生年月日　　　　　年　　月　　日　・場　所 |
| ④ | 参考となる経過・現症（エックス線及び検査所見を含む。）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　　要・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。併せて下記の意見を付す。平成　　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　　医師氏名　　　　　　　　　　　　印 |
| 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、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 |
| 注意 １　障害名には現在起こっている障害、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。 |

