

様式第1号(3)(第2条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

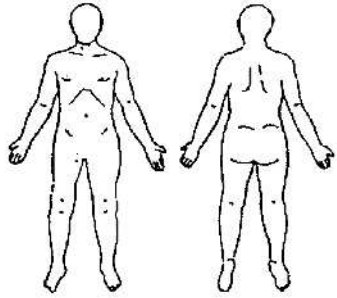
氏名	年 月 日生	男・女						
住所								
障害名(部位を明記)								
原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害 疾病、先天性、その他()							
疾病・外傷発生日	年 月 日	場所						
参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)								
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日								
総合所見								
(軽度化による将来再認定 要 ・ 不要) (再 認 定 の 時 期 年 月 月 後)								
その他参考となる合併症状								
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日								
病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名 印								
<p>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〕</p> <p>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・該当する (級相当) 内訳 ・該当しない <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>上肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> </tr> </table>			上肢	級	下肢	級	体幹	級
上肢	級							
下肢	級							
体幹	級							
<p>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、右上下肢まひ、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、僧帽弁狭窄等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 障害区分や等級決定のため、埼玉県社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。</p>								

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）

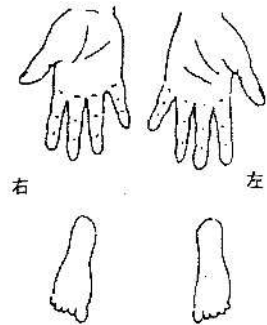
- 1 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- 2 運動障害（下記図示）：なし・弛緩性まひ・痙性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- 3 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害：なし・あり
- 5 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

参考図示



×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▤運動障害

（注）関係ない部分は記入不要



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	

- 6 歩行能力の程度（ m ）
 - 7 起立位（ 分 ）
 - 8 座位（ 可 ・ 不可 ）
 - 9 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
- 補装具等を使用しない状態

寝返りする	シャツを着て脱ぐ
足を投げ出して座る	ズボンをはいて脱ぐ（自助具）
いすに腰掛ける	ブラシで歯を磨く（自助具）
立つ （手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具）	顔を洗いタオルでふく
家の中の移動 （壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす）	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	二階まで階段を上って下りる （手すり、つえ、松葉づえ）
（はしで）食事をする（スプーン、自助具）	屋外を移動する（家の周辺程度） （つえ、松葉づえ、車いす）
コップで水を飲む	公共の乗り物を利用する

〔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（ ）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。〕

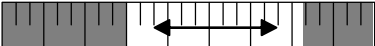
付記事項

- 1 肋骨切除本数 本
第1肋骨を（含む、含まない）
- 注1 上下肢の欠損の場合は、欠損部が上腕、前腕、大腿又は下腿のそれぞれ1/2以上であるか否かを明記すること。
- 2 指の欠損の場合は、各指骨間関節（IP、PIP、DIP）の残存の有無を明記すること。
 - 3 上記6・7・8の部分については、補装具、つえ等を使用しない状態で記入すること。

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10cmの周径（小児等の場合は別記）
 下腿周径：最大周径

【診断書作成の際の留意事項】

- | | |
|--------------------|--|
| 1 歩行能力の程度、起立位、座位 | 補装具、つえ等を使用しない状態で記入してください。 |
| 2 握力値 | 上肢の機能障害の確認のため、記入してください。 |
| 3 ROM、MMT | <p>障害のある部位の関節について、いずれか該当する方の検査結果を記入してください。未記入の部位は正常と判断します。</p> <p>ROM</p> <ul style="list-style-type: none">・ 他動的可動域・ 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・ 図示は ←→ のように記入（強直の場合は、強直肢位に ∷ 線） <p>MMT</p> <ul style="list-style-type: none">・ 表（ ）内に × を記入<ul style="list-style-type: none">× 筋力消失、著減（筋力0、1、2該当）筋力半減（筋力3該当）筋力正常、やや減（筋力4、5該当） <p>例示</p> <p>(×)伸展  屈曲()</p> <p>(注) 肩関節、股関節に障害がある場合は、すべての運動方向での結果を記入してください。</p> <p>ROM
認定に当たっては、すべての方向の可動域で判断</p> <p>MMT
認定に当たっては、各運動方向の平均値（小数点以下を四捨五入）で判断</p> |
| 4 上下肢の欠損 | 欠損部（1 / 2以上か未満か）を明記してください。
（例 下腿の1 / 2以上で欠損） |
| 5 指の欠損 | P I P関節（おや指ではI P関節）の残存の有無を明記してください。 |
| 6 障害が重複する場合の取扱い | 肢体不自由については、一般に障害が重複する場合（各関節の機能障害の重複等）が多いですが、その場合の障害程度等級（参考意見）の記入に当たっては、「第1 総括事項」のP 1 4 ~ 1 5を参照のうえ合計指数算定方法により該当すると思われる等級を記入してください。 |
| 7 既に認定されている障害部位の診断 | 既に肢体不自由により身体障害者手帳の交付を受けており、その後に肢体不自由で程度変更や障害名の追加の申請を行う場合は、既に取得している障害程度も改めて確認する必要があるため、既認定分も含め現時点での障害程度を記載してください。 |
| 8 脳性麻痺等の診断 | 乳幼児期以前に発現した非進行性脳病変（具体例 脳性麻痺）によってもたらされた姿勢及び運動の異常についての判定は、原則として「脳原性運動機能障害用」の診断書を使用しますが、検査教示が理解できない乳幼児や精神発達遅滞の者などで「脳原性運動機能障害用」の診断書を使用するのが不適当な場合は、この「肢体不自由用」の診断書を使用してください。 |