

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由障害用）

総括表

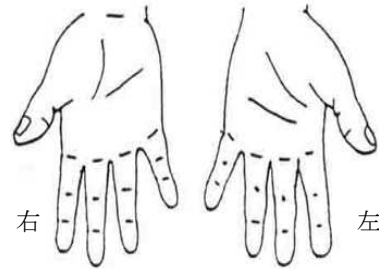
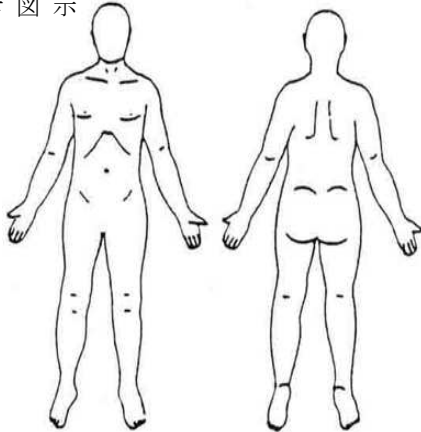
氏 名	年 月 日生（ 歳）		男 女
住 所			
① 障害名（部位を明記）			
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他（ ）	
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日・場所		
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。）			
		障害固定又は障害確定（推定）	
		年 月 日	
⑤ 総合所見		部位	等級
		上肢	級-
		下肢	級-
		体幹	級-
		〔将来再認定 要（軽度化・重度化）・不要〕	
		〔再認定の時期 年 月〕	
⑥ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 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			
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 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 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（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せを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○で囲み、追加所見がある場合は、余白又は備考欄に記入すること。)

- 1 感覚障害(下記図示) : なし・感覚脱失・感覚麻痺・異常感覚
- 2 運動障害(下記図示) : 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



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	

×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

歩行能力(補装具なしで)正常に可能 : m以上歩行不能

起立位(補装具無しで)正常に可能 : 分以上困難 : 片脚での起立位保持(可・不可)

動作・活動自立-○ 半介助-△ 全介助又は不能-×、()の中のものを使うときはそれに○を付けること。

寝返りをする		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)	
椅子に腰掛ける		ブラッシで歯を磨く(自助具)	右 左
立つ(手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)		顔を洗いタオルでふく	
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	
排泄の後始末をする	右	左	二階まで階段を上って下りる(手すり、つえ、松葉づえ)
(箸で)食事をする(スプーン、自助具)	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()の中に○が付いている場合、原則として自立していないという解釈になります。

計測法:

上肢長:肩峰→橈骨茎状突起 大腿周径:膝蓋骨上縁上10cmの周径

下肢長:上前腸骨棘→(脛骨)内果(小児等の場合は別記)

上腕周径:最大周径

下腿周径:最大周径

前腕周径:最大周径

