

身体障害者診断書・意見書(上肢・下肢・体幹機能障害用、脳原性運動機能障害用)

総括表

氏名	明治・大正 昭和・平成	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、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(具体的に記入ください。)						
[将来再認定 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 身体障害者福祉法第15条指定医師 氏名 印						
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障害程度級についても参考意見を記入]						
当該診断書にかかる障害の程度は、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。						
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」(別様式)を添付してください。						
3 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。						

※審査欄への記載は不要です。

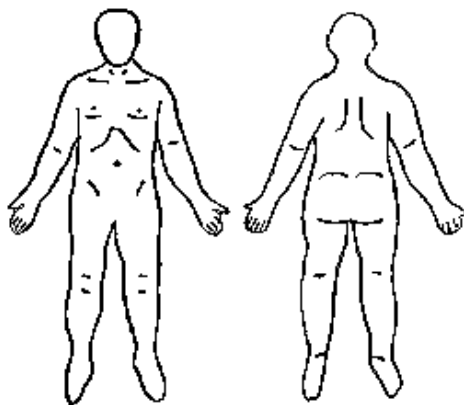
審 査	手帳記載障害名	決 定
		種
		級

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)：なし・感覚脱失・感覚純麻・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



×変形 ■切断 ▨感覚障害 ▨運動障害



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	

(注) 関係ない部分は記入不要

屋外を補助具無しで歩行する歩行能力程度は約 _____ m

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○

寝がえりをする		シャツを着て脱ぐ	
あしをなげ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
椅子に腰かける		ブラッシュで歯をみがく(自助具)	右 左
立つ(手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具)		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動(壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子)		タオルを絞る	
洋式便器にすわる		背中を洗う	
排泄のあと始末をする	右 左	2階まで階段を上って下りる(手すり、杖、松葉杖)	
(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)(杖、松葉杖、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。

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10cmの周径(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

脳原性運動機能障害用 (脳血管障害には適用しません)

1. 上肢機能障害				
ア. 両上肢機能障害 (紐むすびテスト結果)		イ. 一上肢機能障害 (5動作の能力テスト結果)		○可、×不可
1度目の1分間	本	a. 封筒を鋏で切る時に固定する		
2度目の1分間	本	b. さいふからコインを出す		
3度目の1分間	本	c. 傘をさす		
4度目の1分間	本	d. 健側の爪を切る		
5度目の1分間	本	e. 健側のそで口のボタンをとめる		
計	本			

2. 移動機能障害	
[下肢・体幹機能評価結果]	○可、×不可
a. つたい歩きをする	
b. 支持なしで立位を保持しその後 10m 歩行する	
c. 椅子から立ち上り 10m 歩行し再び椅子に座る	秒
d. 50cm 幅の範囲内を直線歩行する	
e. 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる	

(注) この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で、肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア. 紐むすびテスト

事務用とじ紐(おおむね 43cm 規格のもの)を使用する。

① とじ紐を机の上、被験者前方に図の如く置き並べる。

② 被験者は手前の紐から順に紐の両端をつまんで、軽くひとむすびする。

(注) ○ 上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。
○ 手を机上に浮かしてむすぶこと。

③ むすび目の位置は問わない

④ 紐が落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。

⑤ 紐は検査担当者が随時補充する。

⑥ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。

イ. 5動作の能力テスト

a. 封筒を鋏で切る時に固定する。
患手で封筒をテーブル上に固定し、健手で鋏を用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上にもせてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。鋏はどのようなものを用いてもよい。

b. さいふからコインを出す。
さいふを患手で持ち、空中に支え(テーブル面上ではなく)、健手でコインを出す。ジッパーをあけてしめることを含む。

c. 傘をさす。
開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく坐位のままでよい。肩にかついではいけない。

d. 健側の爪を切る。
大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e. 健側のそで口のボタンをとめる。
のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンをかける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。