



様式第3号

身体障害者診断書・意見書(肢体障害用)

| | | | | | | | | | | |
|--|--|-------------------------|-----|-----|-----|---|-----|---|-----|---|
| 氏名 | 大正・昭和 年 月 日 生 () 歳 平成・令和 | 男・女 | | | | | | | | |
| 住 所 | | | | | | | | | | |
| ① 障害名(障害のある部位を明記) | | | | | | | | | | |
| ② 原因となった ② 疾病・外傷名 | 交通,労災,その他の事故,戦傷,戦災,疾病 先天性,震災,震災以外の天災,その他() | | | | | | | | | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 | 平成 令和 | 年 月 日・場所 | | | | | | | | |
| ④ 参考となる経過・現症(画像診断及び検査所見を含む。) | | | | | | | | | | |
| () | | | | | | | | | | |
| 人工関節等置換術予定 有() 年 月・無 障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| ⑤ 総合所見(障害の程度を詳細に記入。) | | | | | | | | | | |
| 〔将来再認定 要(軽症化・重症化)・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 (自筆による署名又は記名押印) | | | | | | | | |
| 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〕 | <table border="1"><tr><td>内 訳</td><td>等 級</td></tr><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> | | 内 訳 | 等 級 | 上 肢 | 級 | 下 肢 | 級 | 体 幹 | 級 |
| 内 訳 | 等 級 | | | | | | | | | |
| 上 肢 | 級 | | | | | | | | | |
| 下 肢 | 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 | ※下肢と体幹の障害が重複する場合、その総合等級は、原則として指数合算を行わないこと | | | | | | | | | |
| 注意 1 障害名には現在起こっている障害を障害程度等級表にそって内容を記入してください。原因となった疾患には、脳梗塞、パーキンソン病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、兵庫県社会福祉審議会から改めて照会する場合があります。 3 記入に際しては、消すことができる筆記用具(消せるボールペン等)は使用しないでください。 4 電子媒体での受付はしていません。診断書・意見書及び添付する検査データ等は紙媒体で作成してください。 | | | | | | | | | | |

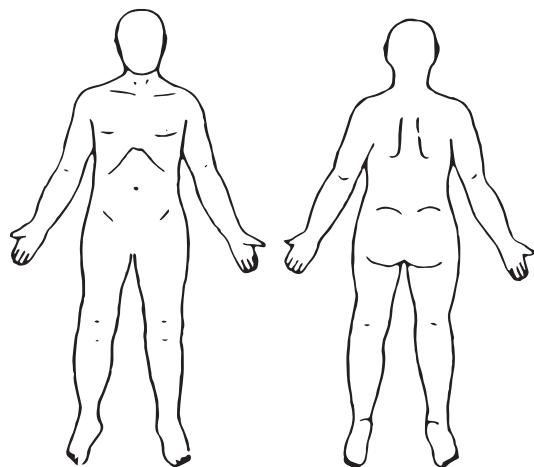
肢体不自由の状況及び所見

◆ 神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見

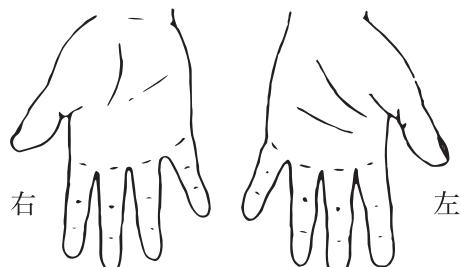
(該当するものを○でかこみ、下記空欄に追加所見記入)

1. 感覚障害(下記図示): なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
2. 運動障害(下記図示): なし・弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・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: 手指の場合はPIP・IPの有無を明記してください。

計測法:

上肢長: 肩峰→橈骨茎状突起

下肢長: 上前腸骨棘→(胫骨)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

下腿周径: 最大周径

利き手(右・左)

※握力は左右差を確認しますので、必ず両手とも記入してください。

<切断の場合>

| | | |
|------|-------|----|
| 上腕切断 | 健側上腕長 | cm |
| | 患側断端長 | cm |
| 大腿切断 | 健側大腿長 | cm |
| | 患側断端長 | cm |
| 下腿切断 | 健側下腿長 | cm |
| | 患側断端長 | cm |

※計測法は下記参照

<切断の場合>

(上腕切断) 健側上腕長: 腋窩線→上腕骨外上顆
患側断端長: 腋窩線→断端

(大腿切断) 健側大腿長: 坐骨結節→膝関節裂隙
患側断端長: 坐骨結節→断端

(下腿切断) 健側下腿長: 膝関節裂隙→脛骨内果
患側断端長: 膝関節裂隙→断端

◆ 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○

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| 寝がえりする | | |
| あしをなげ出して座る(背もたれ、支え) | | |
| 椅子に腰かける(背もたれ、支え) | | |
| 立つ(手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具) | | |
| 家の中の移動(壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子、歩行器) | | |
| 洋式便器に座る | | |
| 排泄のあと始末をする | | |
| (箸で)食事をする(スプーン・自助具) | 右 | 左 |
| コップで水を飲む | 右 | 左 |
| シャツを着て脱ぐ | | |
| ズボンをはいて脱ぐ(自助具) | | |
| ブラシで歯をみがく(自助具) | 右 | 左 |
| 顔を洗いタオルで拭く | | |
| タオルを絞る | | |
| 背中を洗う | | |
| 二階まで階段を上って下りる(手すり、杖、松葉杖) | | |
| 屋外を移動する(家の周囲程度)(杖、松葉杖、車椅子、歩行器) | | |
| 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。

◎ 歩行能力及び起立位の状況(該当するものを○で囲む)

- (1) 歩行能力 〔補装具なし〕 : 正常 ・ (m・km)程度 ・ 不能
 ※補装具()使用で (m・km)程度
- (2) 起立位保持 〔補装具なし〕 : 正常 ・ 分程度 ・ 不能
 ※補装具()使用で 分程度

◎ パーキンソン病の状態(当該疾病患者のみ記載)

- (1) 診断時、服薬等でのコントロール状態であったか(はい・いいえ)
- (2) 1日の中でのオン/オフにより状態が大きく変化する場合 オン()%・オフ()%/日
 ※ パーキンソン病に係る認定で服薬によって状態が変化する場合は、原則として服薬によってコントロールされている状態をもって判定することとしています。

関節可動域 (ROM) と筋力テスト (MMT) (申請にかかる部分はすべて記載する)

(申請にかかる部分はすべて記載する)

※筋力の記載方法については注4参照

備 考

注：

1. 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
 2. 関節可動域は、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とする。
 3. 関節可動域の図示は、のように両端に太線をひき、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線(())を引く。制限がない場合は、その旨を備考欄に記載する。
 4. 筋力については、表()内に×△○印を記入する。
×印は、筋力が消失または著減(筋力0、1、2該当)
△印は、筋力半減(筋力3該当)
○印は、筋力正常またはやや減(筋力4、5該当)

なお、○印の場合、4~5の数値を○印の横に補記するものとする。

例示

2 (×) 伸展 屈曲 (○) 4

5. (PIP)の項母指は(IP)関節を指す。
 6. DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
 7. 図中塗りつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。