



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 平成・令和	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, 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。)			
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〕		内 訳 等 級	
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		両上肢 級	
・ 該当する ( 級相当)		右上肢 級	
・ 該当しない		左上肢 級	
		移動機能 級	
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、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、消すことのできる筆記用具(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。			

## 脳原性運動機能障害用

(該当するものを○でかこむこと)

### 1 上肢機能障害

#### ア. 両上肢機能障害

〈紐結びテスト結果〉

1度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

2度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

3度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

4度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

5度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

計 \_\_\_\_\_ 本

#### イ. 一上肢機能障害

〈5動作の能力テスト結果〉

a. 封筒を鋏で切る時に固定する (・可能 ・不可能)

b. さいふからコインを出す (・可能 ・不可能)

c. 傘をさす (・可能 ・不可能)

d. 健側の爪を切る (・可能 ・不可能)

e. 健側のそで口のボタンを留める (・可能 ・不可能)

### 2 移動機能障害

〈下肢・体幹機能評価結果〉

a. つたい歩きをする (・可能 ・不可能)

b. 支持なしで立位を保持しその後  
10メートル歩行する (・可能 ・不可能)

c. 椅子から立ち上がり10メートル  
歩行し再び椅子に座る \_\_\_\_\_ 秒 (・可能 ・不可能)

d. 50センチ幅の範囲内を直線歩行  
する (・可能 ・不可能)

e. 足を開き、しゃがみこんで再び  
立ち上がる (・可能 ・不可能)

(注) この様式は、脳性麻痺及び乳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。