

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

総括表

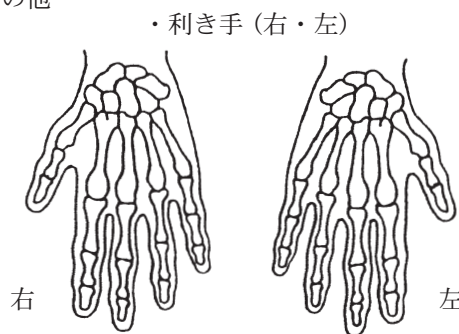
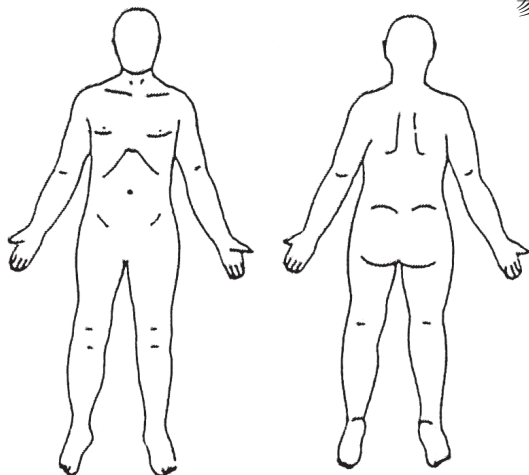
氏 名	大 正 昭 和 平 成 令 和	年	月	日 生
住 所				
① 障害名（部位を明記。既に障害認定を受けている部位を含めて、現時点で障害のある部位を記入する。）				
② 原因となった疾病・外傷名				
交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、自然災害、疾病、先天性、その他（				
③ 疾病・外傷発生年月日	昭 和 平 成 令 和	年	月	日 ・ 場所（
④ 参考となる経過・現症（エックス線写真及び検査所見を含む。） (人工関節置換術等、手術に関する施行歴、適応の有無及びその理由についても要記入)				
障害固定又は障害確定（推定） 昭 和 平 成 令 和				
年				
月				
日				
⑤ 総合所見 <u>（既認定部位の現症も要記入）</u>				
[将来再認定：不要・要（障害程度軽度化見込み）] [再認定時期：令和 年 月]				
(発育や治療、訓練によって、等級に変更が生じるほど障害程度が軽度化することが予想される場合は「要（障害程度軽度化見込み）」 を○で囲み、再認定時期を1～5年後の範囲内で記載すること。それ以外の場合は「不要」を○で囲むこと。)				
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。				
令和 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				
部位	等級	等級表項目		
上肢	級			
下肢	級			
体幹	級			

※ 身体障害者指定医師氏名欄は、自筆による署名又は記名押印をお願いします。

1 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、参考図示及び表に必要事項を記入すること。）

- ア 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失（表在・深部）・感覚鈍麻（表在・深部）・異常感覚
 イ 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・拘縮・強直・その他（ ）
 ウ 起因部位：脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
 エ 排尿・排便機能障害：なし・あり
 オ 形態異常：なし・脳・脊髄・四肢・その他

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

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
 下腿周径：最大周径

2 ブルンストロームステージ（脳血管障害の場合に記入すること。）

右 上肢（ ）・手指（ ）・下肢（ ）
 左 上肢（ ）・手指（ ）・下肢（ ）

3 動作・活動

各欄に、○－自立、△－半介助、×－全介助又は不能のいずれかを記入すること。（ ）内のものを使う時は該当するものを○で囲むこと（その場合、当該項目については原則自立していないという解釈となり、△又は×となります。）。

寝返りをする		箸で食事をする	右	左
座	いすに腰掛ける（背もたれ、肘掛け）	スプーンで食事をする（自助具）	右	左
	足をなげだして座る（背もたれ、支え）	コップで水を飲む	右	左
位	正座で座る（背もたれ、支え）	歯ブラシで歯を磨く（自助具）	右	左
	あぐらで座る（背もたれ、支え）	字を書く	右	左
	横座りで座る（背もたれ、支え）	シャツを着て脱ぐ		
	支え等がある場合／ない場合の座位保持	ズボンはいて脱ぐ（自助具）		
	立ち上がる（手すり、杖、義肢、装具）	顔を洗いタオルでふく		
	片足で立つ	タオルを絞る		
	起立位を保つ（手すり、杖、義肢、装具）	背中を洗う		
	上記装具等がある場合／ない場合の起立位保持	5 kgを超える荷物を下げる（手指で握っても肘で吊り下げてもよい）	右	左
	家の中の移動（壁、杖、義肢、装具、歩行器、車椅子）	洋式便器に座る		
	二階まで階段を上がって下りる（手すり、杖）	排泄の後始末をする		
	屋外を移動する（杖、義肢、装具、歩行器、車椅子）	ひもを結ぶ		
	上記装具等がある場合／ない場合の歩行距離	ワイシャツのボタンをとめる		
	公共の乗物を利用する			

