

第2号様式(第4条関係)

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

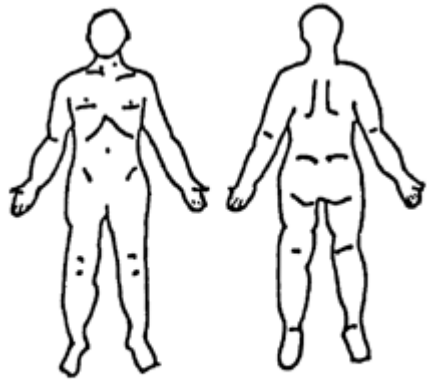
氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記)		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通, 労災, その他の事故, 戦傷 戦災, 疾病, 先天性, その他()
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所		
④ 参考となる経過・現症(レントゲン及び検査所見を含む。)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見		
〔将来再認定 要 ・ 不要〕 〔再認定の時期 年 月〕		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。		
年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 医師氏名 印		
身体障害者福祉法第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。		
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 障害区分や等級決定のため、山梨県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について問合せ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、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 ■切離断 ▨感覚障害 ▨運動障害

(注)関係ない部分は記入不要

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周経cm	
	前腕周経cm	
	大腿周経cm	
	下腿周経cm	
	握 力kg	

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○

寝返りする		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)	
いすに腰かける		ブラッシで歯を磨く(自助具)	
立つ(手すり、壁、つえ、松葉つえ、義肢、装具)		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動(壁、つえ、松葉つえ、義肢、装具、車いす)		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		二階まで階段を上って下りる(手すり、つえ、松葉つえ)	
(はしで)食事をする(スプーン、自助具)		屋外を移動する(家の周辺程度)(つえ、松葉つえ、車いす)	
コップで水を飲む		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

前腕周経：最大周経

下 肢 長：上前腸骨棘→(脛骨)内果

大腿周経：膝蓋骨上縁上10cmの周経(小児等の場合は別記)

上腕周経：最大周経

下腿周経：最大周経

関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)

(この表は必要な部分を記入すること。)

筋力テスト()	関節可動域	筋力テスト()	関節可動域	筋力テスト()
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	↓	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	↓	↓
()前屈		後屈()	頸()左屈	右屈()
()前屈		後屈()	体幹()左屈	右屈()
右 180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180		左
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()外転		内転()	肩()内転	外転()
()外旋		内旋()	()内旋	外旋()
()屈曲		伸展()	肘()伸展	屈曲()
()回外		回内()	前腕()回内	回外()
()掌屈		背屈()	手()背屈	掌屈()
()屈曲		伸展()	中()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	手指()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	節()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	(M P)伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	近位()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	指節()伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	(P I P)伸展	屈曲()
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
180 150 120 90 60 30 0 30 60 90		90 60 30 0 30 60 90 120 150 180		
()屈曲		伸展()	()伸展	屈曲()
()外転		内転()	股()内転	外転()
()外旋		内旋()	()内旋	外旋()
()屈曲		伸展()	膝()伸展	屈曲()
()底屈		背屈()	足()背屈	底屈()

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引き、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。
- 4 筋力については、表()内に×△○印を記入する。
×印は、筋力が消失又は著減(筋力0, 1, 2該当)

- △印は、筋力半減(筋力3該当)
○印は、筋力正常又はやや減(筋力4, 5該当)
- 5 (PIP)の項母指は(IP)関節を指す。
 - 6 DIPその他手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。

例示

(×)伸展  屈曲(△)

遷延性意識障害者に関する所見（全項目必ず記入してください。）

1 意識障害の状態について（○で囲む。）

概ね3か月以上継続するもの

- | | | | |
|-----|--------------|----|-----|
| (1) | 自力移動は可能か | 可能 | 不能 |
| (2) | 意味のある発語はあるか | ある | ない |
| (3) | 意志の疎通はあるか | ある | ない |
| (4) | 視覚による認識はあるか | ある | ない |
| (5) | 自力での食事摂取は可能か | 可能 | 不能 |
| (6) | 排泄失禁状態か | はい | いいえ |

2 現在入院中あるいは在宅療養か

3 在宅中、又は医学的に在宅療養が可能（家庭環境は除外して）ならば、医師の往診は月何回程度必要か

○ 1月 回

○ 在宅療養不可能