

身体障害者診断書・意見書（肢体不自由障害用）

総括表

氏名	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、 自然災害、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		
〔将来再認定 要（軽度化・重度化）・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
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		
<ul style="list-style-type: none"> ・該当する（ ）級相当 ・該当しない 		
注意	<p>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、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。</p> <p>2 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。</p> <p>3 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（様式第2号 別紙2（その2））を添付してください。</p> <p>4 障害区分や等級決定のため、愛知県から改めて次ページ以降の部分についてお問合せをする場合があります。</p>	

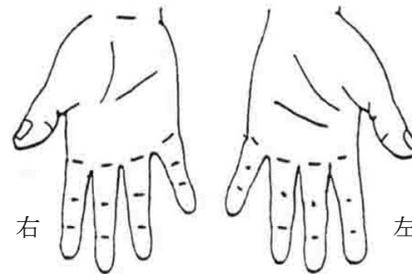
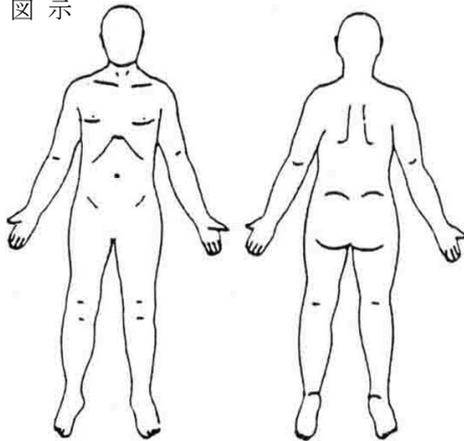
別紙 3

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、追加所見がある場合は、余白又は備考欄に記入すること。）

- 1 感覚障害（下記図示：なし・感覚脱失・感覚麻痺・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



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

歩行能力（補装具なしで）正常に可能： m以上歩行不能

起立位（補装具無しで）正常に可能： 分以上困難：片脚での起立位保持（可・不可）

動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、（ ）の中のものを使うときはそれに○を付けること。

寝返りをする			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）	
椅子に腰掛ける			ブラッシで歯を磨く（自助具）	右 左
立つ（手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具）			顔を洗いタオルでふく	
家の中の移動（壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車椅子）			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	右	左	二階まで階段を上って下りる（手すり、つえ、松葉づえ）	
（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）（つえ、松葉づえ、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○が付いている場合、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
- 下肢長：上前腸骨棘→（脛骨）内果（小児等の場合は別記）
- 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

