様式第12号（第５条関係）

**身体障害者診断書・意見書**(肢体不自由用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | 年 |  | | | 月 |  | | | 日生( | | |  | | ）歳 | | | 男・女 | |
| 住　所 | | |  | | **静岡市** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ６ | 将来再認定（障害程度の変化の見込）　　　　　　　　　　　　　　　　要（時期　　　年　　月）・不要 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ７ | 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 | | 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すること。）   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 等級表による個別等級 | | | | | 部　位 | 等　　級 | | 項　　目 | | 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。 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注）  １　障害名欄には現在起っている障害（両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等）を記入してください。  ２　原因となった疾病・外傷名欄には、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。  ３　障害区分や等級決定のため、静岡市健康福祉審議会から改めて別紙1から別紙13までについて、問い合せする場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

別紙３

肢体不自由の状況及び所見

|  |  |
| --- | --- |
| （該当するものを○で囲むこと。）   * 神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見   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・し緩性まひ・けい性まひ・固縮・不随意運動・しんせん・  　　　　　　　　　　　　　　運動失調・その他  ３．起因部位　　脳・せき髄・末しょう神経・筋肉・骨関節・その他  ４．排尿・排便機能障害　　ない・あり  ５．形態異常　　なし・あり  ６．その他の所見  参考図示（関係のない部分は記入不要） | |
| ×　変形　　　　切離断　　　 感覚障害　　　 運動障害 | （切断の場合は、切断部を明確に記入すること）   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 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 |  | |
| ◎　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該当するものを○で囲むこと。  ９と10の場合は、30秒以内にできる－○、１分以内にできる－△、それ以外－×とし、  13の場合は、5秒以内にできる－○、10秒以内にできる－△、それ以外－×とする。  　（注）補装具等の使用欄は、自助具、つえ、補装具及び手すりなどを要した場合となる。従って、（　）の中のものを使ったときは、補装具使用となる。補装具等を使用している場合は、使用しない場合と使用した場合の両方を記入すること。   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 日常生活動作 | 補装具等 | | 日常生活動作 | 補装具等 | | | 使　用  しない | 使用 | 使　用  しない | 使用 | | 1 つまむ  〔新聞紙が引き抜けない程度〕 | 右 |  | 14洋式便器に座る |  |  | | 左 | 15排せつの後始末をする |  | | 2 握る  〔丸めた週刊誌が引き抜けない程度〕 | 右 | 16寝返りをする |  | | 左 | 17いすに腰掛けている  （背もたれ、支え、その他　　　） |  |  | | 3 コップで水を飲む | 右 | 正座  で座る  (背もたれ、支え)  18 横座り  あぐら  脚投げ出し | 分 | 分 | | 左 | | 4 はしで食事をする  （スプーン、自助具、その他　　　） | 右 | 右 | | 左 | 左 | 19片足で立つ | 右　秒 |  | | 5 顔を洗いタオルでふく |  |  | 左　秒 | | 6 ブラッシで歯を磨く  （自助具、その他　　　） | 右 | 右 | 20立ち上がる　（手すり、壁、つえ、  松葉づえ、義肢、装具、その他　　　） | 右 | 右 | | 左 | 左 | 左 | 左 | | 7 タオルを絞る〔水をきれる程度〕 |  |  | 21家の中の移動（壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす（自走）、その他　　） |  |  | | 8 背中を洗う |  | | 9 かぶりシャツを着て脱ぐ |  | 22二階までの階段を上って降りる。（手すり、つえ、松葉づえ、その他　　　　） | 昇 | 昇 | | 10ワイシャツを着てボタンをとめる |  | 降 | 降 | | 11靴下を履く〔どのような姿勢でもよい〕 |  | 23屋外での移動　（つえ、松葉づえ車いす(自走)、その他　　　） |  |  | | 12ズボンをはいて脱ぐ〔　〃　〕 |  | 24公共の乗物を利用する  〔タクシーを除く〕 |  |  | | 13とじひもを結ぶ　　　　両手 |  |   ◎　歩行能力及び起立位の状況(該当するものを○で囲み、実測値を記入する。)  (1)　歩行能力(補装具なしで):正常に可能・(　　　　　　　㎞・ｍ)以上歩行不能・不能  (2)　起立位保持(補装具なしで):正常に可能・(　　　　　　時間・分・秒)以上困難・不能 | |

（注意）

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及び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及び5該当）

筋力表

　　　5（正常）normal:正常の筋力

　　　4（優）good:かなりの抵抗にうちかって運動できる。

　　　3（良）fair:重力にうちかって運動できる。

　　　2（可）poor:重力を除くと運動できる。

　　　1（不可）trace:筋収縮をふれるが運動はおこらない。

　　　0（ゼロ）zero:筋収縮をふれない。

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

