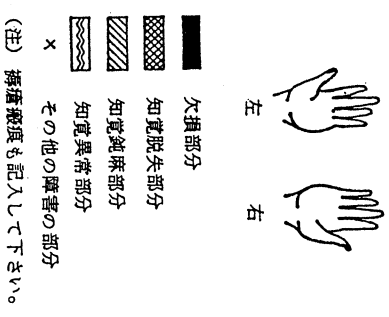
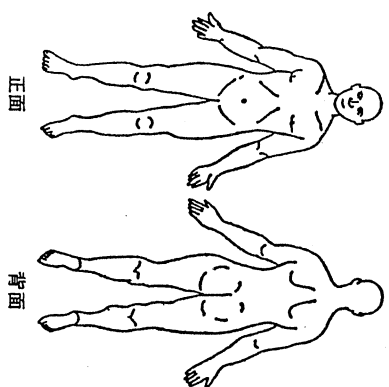


障害児福祉手当・福祉手当認定診断書 (肢体不自由用)

| | | | |
|---------------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| ① (ふりがな) 氏名 | 男・女 | ② 生年月日 | 明治 年 月 日 大昭和 年 月 日 |
| ③ 住所 | | ④ 障害の原因となつた傷病名 | |
| ⑤ 傷病の原因又は誘因 | 先天性 (疾病・不慮災・労災・その他) | ⑥ 傷病発生日 | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 |
| ⑦ ④のため診めて医師の診断を受けた日 | 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 | ⑧ 将来再認定の | 有 (年後) ・ 無 |
| ⑨ 現 症 | | | |



| | | | | | |
|-------------|-------|-------|------------|-----|-----|
| 2 四肢周径 (cm) | | | 3 四肢長 (cm) | | |
| 上腕中央部 | 前腕最大部 | 大腿中央部 | 下腿最大部 | 上肢長 | 下肢長 |
| 右 | | | | 右 | |
| 左 | | | | 左 | |

4 神経学的所見

(1) 知覚障害 有 (あれば上図に記入すること)

(2) 運動麻痺の種類 (該当するものを○でかこんで下さい)
弛緩性 痙性 失調性 不随意運動性 強剛 (固縮) 性 しんせん性

(3) 障害の起因部位 (該当するものを○でかこんで下さい)
脳性 脊髄性 末梢神経性 筋性 その他

(4) 諸反射検査

| | | | |
|-------|-------|----------|----------|
| 上肢腱反射 | 下肢腱反射 | バビンスキー反射 | その他の病的反射 |
| 右 | | | |
| 左 | | | |

(5) 膀胱・直腸麻痺 有 無

5 体幹・四肢関節可動域

| 部 位 | 運動の方向 | 可 動 域 | | |
|---------|-------|-------|-----|-----|
| | | 右 | 左 | |
| 肩 関 節 | 自 動 | 他 動 | 自 動 | 他 動 |
| 肘 関 節 | | | | |
| 前 腕 関 節 | | | | |
| 手 関 節 | | | | |
| 股 関 節 | | | | |
| 膝 関 節 | | | | |
| 足 関 節 | | | | |

| 部 位 | 運動の方向 | 可 動 域 |
|-----|-------|-------|
| 頸 部 | 自 動 | 他 動 |
| 胸腰部 | | |

6 その他

⑩ 日常生活動作の障害程度 (補装具等を使用しない状態で判定すること。)

| 記号 | ひとりでは全くできない場合 | |
|----|---------------|---------------|
| | ひとりでは全くできない場合 | ひとりでは全くできない場合 |
| ○ | ひとりでは全くできない場合 | ひとりでは全くできない場合 |
| △ | ひとりでは全くできない場合 | ひとりでは全くできない場合 |
| × | ひとりでは全くできない場合 | ひとりでは全くできない場合 |

| | | | |
|--|-----|--|------|
| 1 つまむ (新聞紙が引きぬけない程度) | 右 左 | 11 ツヤツのホタンの止めはずし | 要・不要 |
| 2 にぎる (丸めた週刊誌が引きぬけない程度) | 右 左 | 12 スボンの着脱 (どのような姿勢でもよい) | 要・不要 |
| 3 タオルをしぼる (水をきれ程度) | 両手 | 13 靴下をはく (どのような姿勢でもよい) | 要・不要 |
| 4 顔を洗う | | 14 支えなしで正坐・横すわり・あぐら・脚なげだし (このような姿勢を継続する) | 要・不要 |
| 5 ひもをむすぶ | 右 左 | 15 こしかける | 要・不要 |
| 6 はしで食事をする | 右 左 | 16 深くおじぎをする | 要・不要 |
| 7 さじで食事をする | 右 左 | 17 立ち上がる | 要・不要 |
| 8 握力 | 右 左 | 18 歩く (室内) | 要・不要 |
| 9 小便 (ズボンのまへのホタンのところに手をやる) 大便 (臀のところに手をやる) | | 19 階段をのぼる | 要・不要 |
| 10 かぶりソックスを着る脱ぐ | | 20 階段をのぼる | 要・不要 |

⑪ 備 考

上記のとおり診断します。 平成 年 月 日

病院又は診療所の名称 所在地

診療担当科名

医師氏名

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入して下さい。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。
◎ 字は楷書ではっきりと書いて下さい。

注 意

1 この診断書は、障害児福祉手当・福祉手当の受給資格を認定するための資料の一つです。

この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明の点がありますと認定がおおそくなることがありますので、くわしく記入して下さい。

2 ○・×で答えられる欄は、該当するものを○でかこんで下さい。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけて記入して下さい。

3 ⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく障害者が障害の原因となった傷病についてはじめて医師の診断を受けた日を記入して下さい。

前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入して下さい。また、それが不明の場合には、その旨を記入して下さい。

4 ⑨の欄は、次によって下さい。

(1) 1の図は、障害の種類に応じてそれぞれの部位を塗りつぶして下さい。

(2) 「四肢長」の測定は、上肢長については肩峰より橈骨茎状突起まで、下肢長については、腸骨前上棘より内果までの距離を測って下さい。

(3) 4の「障害の起因部位」が心因性のもと思われる場合は、「その他」のところを○でかこんで下さい。

(4) 5の「体幹・四肢関節可動域」は、関節角度計を使用して下さい。また、運動障害のある部位について、運動の方向別に解剖学的肢位を0°(前腕については手掌面が矢状面にある状態を0°とし、肩関節の水平屈曲伸展計測については外転90°位を0°とする。)とした測定方法(昭和49年6月日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた測定方法)により測定した最大可動域を記入して下さい。

5 6の「その他」には、現疾患にかかわる変形や筋力の減弱等日常生活動作に直接関連を有する症状について記入して下さい。

6 ⑩の欄の日常生活動作については、それぞれの状態に応じて○・△・×を記入して下さい。

なお、15. 17. 19. 及び20の動作については、該当するものを○でかこんで下さい。