

身体障害者診断書・意見書 (障害用)

総括表

氏名	大正・昭和・平成・令和 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, 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	
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) 平成・令和 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。		
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] 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害程度に ・該当する (級相当) ・該当しない		
※ 参考意見 (等級) と判断した理由を、記載してください。		
備考 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, 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。 2 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」(別様式) を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため, 広島県社会福祉審議会から改めてお問い合わせする場合があります。		

脳原性運動機能障害用

(該当するものを○でかこむこと)

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害

<紐むすびテスト結果>

1 度目の 1 分間 _____ 本
2 度目の 1 分間 _____ 本
3 度目の 1 分間 _____ 本
4 度目の 1 分間 _____ 本
5 度目の 1 分間 _____ 本
計 _____ 本

イ 一上肢機能障害

<5動作の能力テスト結果>

- | | |
|------------------|------------|
| a 封筒を鋏で切る時に固定する | (・可能 ・不可能) |
| b さいふからコインを出す | (・可能 ・不可能) |
| c 傘をさす | (・可能 ・不可能) |
| d 健側の爪を切る | (・可能 ・不可能) |
| e 健側のそで口のボタンをとめる | (・可能 ・不可能) |

2 移動機能障害

<下肢・体幹機能評価結果>

- | | |
|---------------------------|------------|
| a つたい歩きをする | (・可能 ・不可能) |
| b 支持なしで立位を保持しその後 10m 歩行する | (・可能 ・不可能) |
| c 椅子から立ち上り 10m 歩行し再び椅子に坐る | (・可能 ・不可能) |
| d 50cm 幅の範囲内を直線歩行する | _____ 秒 |
| e 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上る | (・可能 ・不可能) |
| | (・可能 ・不可能) |

(注) この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア 紐むすびテスト

事務用とじ紐（概ね43cm規格のもの）を使用する。

- ① とじ紐を机の上、被験者前方に図の如く置き並べる。
- ② 被験者は手前の紐から順に紐の両端をつまんで、軽くひとむすびする。



(注)・上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

・手を机の上に浮かしてむすぶこと。

- ③ むすび目の位置は問わない。
- ④ 紐が落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。
- ⑤ 紐は検査担当者が随時補充する。
- ⑥ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよい。

イ 5動作の能力テスト

a 封筒を鋏で切る時に固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、健手で鋏を用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上に乗せてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。鋏はどのようなものを用いてもよい。

b さいふからコインを出す。

さいふを患手で持ち、空中に支え（テーブル面上ではなく）、健手でコインを出す。ジッパーをあけてしめることを含む。

c 傘をさす。

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく坐位のみでもよい。肩にかついではいけない。

d 健側の爪を切る。

大きめの爪きり（約10cm）で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e 健側のそで口のボタンをとめる。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンをかける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。

【 診断書作成の留意点（肢体不自由） 】

- 1 障害認定に当たって、目的動作能力に見合った可動域や筋力があるか否かを判定するため、関節可動域（ROM）・筋力テスト（MMT）の所見が重要です。双方を必ず記入してください。
- 2 上肢の障害（片麻痺、四肢麻痺を含む。）については、握力を必ず記入してください。
- 3 脳卒中などによる片麻痺（四肢麻痺も含む。）については、関節可動域と筋力テストだけでは、障害の程度が正確に判断できないので、ブルンストロームステージ（Brunnstrom Stage：片麻痺機能評価）を1枚目の総括表「⑤総合所見」の欄などに必ず記入してください。

<記入例> Brunnstrom Stage：右上肢Ⅲ、右手指Ⅲ、右下肢Ⅳ

- 4 パーキンソン病による障害認定に関しては、一般的に治療を受けているにもかかわらず、転倒しやすくなった時点から、判定が可能となります（ヤール分類の3以上）。したがって、ホーン・ヤールの重症度分類、薬剤効果、ウェアリング・オフ現象及びオン・オフ現象の有無を1枚目の総括表「⑤総合所見」の欄などに必ず記入してください。

<記入例> ○ヤール分類4度 ○薬剤効果は一日の半分
○ウェアリング・オフ現象＋ ○オン・オフ現象＋

- * 以上の項目について未記入であった場合、作成した指定医師に返戻することになります。
- * 等級決定は提出された障害程度（肢体不自由の状況及び所見等）を検討して市長が行います。等級欄への等級の記入はあくまでも参考意見でありますのでご注意ください。