

身体障害者診断書・意見書

総括表

(障害用)

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 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・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。併せて次の意見を付す。 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（昭和24年法律第283号）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		<p style="text-align: center;">等級表による個別等級</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:33%;">部位</th> <th style="width:33%;">等 級</th> <th style="width:33%;">項 目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上 肢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>下 肢</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>体 幹</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	部位	等 級	項 目	上 肢			下 肢			体 幹		
部位	等 級	項 目												
上 肢														
下 肢														
体 幹														
<p>注意</p> <ol style="list-style-type: none"> 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（別紙）を添付してください。 3 障害区分や等級決定のため、北海道社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。 														

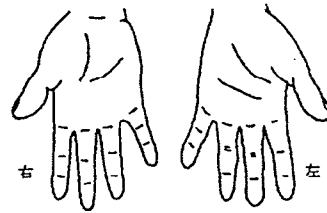
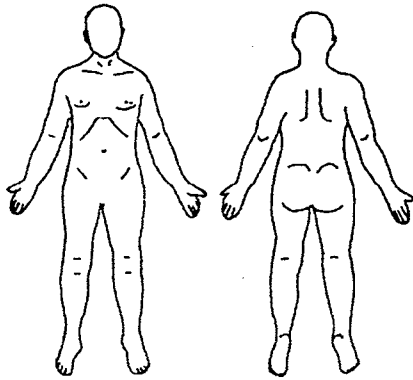
肢体不自由の状況及び所見

1 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○印で囲み、下記空欄に追加所見記入）

- (1) 感覚障害（下記に図示すること。） : なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- (2) 運動障害（下記に図示すること。） : 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
	上肢長センチメートル	
	下肢長センチメートル	
	上腕周径センチメートル	
	前腕周径センチメートル	
	大腿周径センチメートル	
	下腿周径センチメートル	
	握力キログラム	

×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

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

前腕周径: 最大周径
 大腿周径: 膝蓋骨上縁上10センチメートルの周径
 (小児等の場合は別記)
 下腿周径: 最大周径

○上肢の状態、歩行能力及び起立位の状況（補装具を使用しない状況で該当するものを○で囲む）

- (1) 上肢で下げられる重さ [右]: 正常 ・ (10kg・5kg) 以内可能 ・ 不能
[左]: 正常 ・ (10kg・5kg) 以内可能 ・ 不能
- (2) 歩行できる距離 正常 ・ (2km・1km・100m) 以上困難 ・ 不能
- (3) 起立位保持 正常 ・ (1時間・30分間・10分間) 以上困難 ・ 不能
- (4) 座位の耐久性 正常 ・ 10分を超えて可能 ・ 10分以上困難 ・ 不能

○脳血管障害の場合にはブルンストロームステージを記載してください。

- [右]: 上肢 () ・ 手指 () ・ 下肢 ()
- [左]: 上肢 () ・ 手指 () ・ 下肢 ()

2 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○印を付けること。

寝返りする	
足を投げ出して座る	
椅子に腰掛ける (背もたれ)	
立ち上がる (手すり・壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具)	
片脚立位	右 左
家の中の移動 (手すり・壁・つえ・松葉づえ・義肢・装具・車椅子)	
二階まで階段を上って下りる (手すり・壁・つえ・松葉づえ)	
(箸で) 食事をする (スプーン・自助具)	右 左
コップで水を飲む	右 左
シャツを着て脱ぐ	
ズボンをはいて脱ぐ (自助具)	
顔を洗いタオルで拭く	
タオルを絞る	
歯ブラシで歯を磨く (自助具)	右 左
背中を洗う (自助具)	
洋式便器に座る	
排せつの後始末をする	
屋外を移動する (家の周辺程度) (つえ・松葉づえ・歩行器・車椅子)	
公共の乗り物を利用する	

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○印が付いている場合、原則として自立していないという解釈になります。

脳原性運動機能障害用

(該当するものを○印で囲むこと。)

1 上肢機能障害

(1) 両上肢機能障害
(ひも結びテスト結果)

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

(2) 一上肢機能障害
(5動作の能力テスト結果)

ア 封筒をはさみで切る時に固定する。 (可能・不可能)

イ 財布からコインを出す。 (可能・不可能)

ウ 傘を差す。 (可能・不可能)

エ 健側のつめを切る。 (可能・不可能)

オ 健側のそで口のボタンを留める。 (可能・不可能)

2 移動機能障害

(下肢・体幹機能評価結果)

ア 伝い歩きをする。 (可能・不可能)

イ 支持なしで立位を保持し、その後10メートル歩行する。 (可能・不可能)

ウ いすから立ち上がり10メートル歩行し、
再びいすに座る。 _____ 秒 (可能・不可能)

エ 50センチメートル幅の範囲内を直線歩行する。 (可能・不可能)

オ 足を開き、しゃがみ込んで再び立ち上がる。 (可能・不可能)

(注意) この様式は、脳性麻痺^ひ痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類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

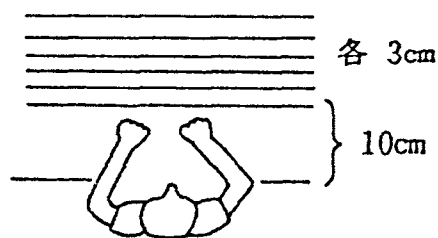
(1) ひも結びテスト

事務用とじひも(おおむね43センチメートル規格のもの)を使用する。

ア とじひもを机の上、被験者前方に図のように置き並べる。

イ 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひと結びする。

注1 上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。
2 手を机上に浮かして結ぶこと。



ウ 結び目の位置は問わない。

エ ひもが落ちたり、位置から外れたときは検査担当者が戻す。

オ ひもは検査担当者が随時補充する。

カ 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。

(2) 5動作の能力テスト

ア 封筒をはさみで切るときに固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。
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。はさみはどのようなものを用いてもよい。

イ 財布からコインを出す。

財布を患手で持ち、空中に支え（テーブル面上ではなく）、健手でコインを出す。ジッパーを開けて閉めることを含む。

ウ 傘を差す。

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。立位でなく座位のままでよい。肩に担いではいけない。

エ 健側のつめを切る。

大きめのつめ切り（約10センチメートル）で特別の細工のないものを患手で持って行う。

オ 健側のそで口のボタンを留める。

のりの効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掛ける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。