別紙第4号様式（第7条関係）

**身体障害者診断書・意見書**

**総　括　表**(　　　　　　　　　　障害者用)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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号第3項の意見（障害程度等級についても参考意見を記入）  等級表による個別等級   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 部位 | 等　級 | 項　目 | | 上　肢 |  |  | | 下　肢 |  |  | | 体　幹 |  |  |     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 | | | |
| 注意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○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 |  |   **(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　　　　 　　　　　　 前腕周径：最大周径  下 肢 長：上前腸骨棘→(脛骨)内果　　　　　　　　　　　　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）  　上腕周径：最大周径　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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○印がついている場  　合､原則として自立していないという解釈になります。 |