

仙台市用

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

総括表

氏名	年 月 日生()歳	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。)

障害固定または障害確定(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

上記の通り診断する。併せて以下の意見を付す。

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

身体障害者福祉法第15条第3項の意見[障害程度についても参考意見を記入]

等級表による個別等級

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

上肢	級
下肢	級
体幹	級

注意

1. 障害名には現在起こっている障害, 例えば両眼失明, 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, 地方社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分についてお問い合わせする場合があります。
4. 7級の障害が一つのみ場合は身体障害者手帳の交付対象となりません。

仙台市用

肢体不自由の状況及び所見(3) ー脳原性運動機能障害用ー 氏名:

(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。

1. 上肢機能障害

ア. 両上肢機能障害[紐むすびテスト結果]		イ. 一上肢機能障害[5動作能力テスト結果]		○可, ×不可
1 度目の 1 分間	本	a. 封筒をはさみで切る時に固定する		
2 度目の 1 分間	本	b. さいふからコインを出す		
3 度目の 1 分間	本	c. 傘をさす		
4 度目の 1 分間	本	d. 健側の爪を切る		
5 度目の 1 分間	本	e. 健側のそで口のボタンをとめる		
計	本			

2. 移動機能障害

〔 下 肢 ・ 体 幹 機 能 障 害 〕		○可, ×不可
a. つたい歩きをする		
b. 支持なしで立位を保持しその後10m歩行する		
c. 椅子から立ち上がり10m歩行し再び椅子に坐る		(秒)
d. 50cm幅の範囲内を直線歩行する		
e. 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる		

備考 上肢機能障害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、軽くひと結び
する。

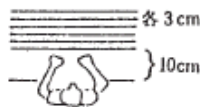
注・上肢を体や机に押しつけて固定してはいけない。
・手を机の上に浮かしてむすぶこと。

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ののせてもよい。封筒を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

さいふを患手を持ち、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秒間以上まっすぐに支えている。立位でなく坐位のままでよい。肩にかついではいけない。

d. 健側の爪を切る

大きめの爪切り(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。