

様式第 3

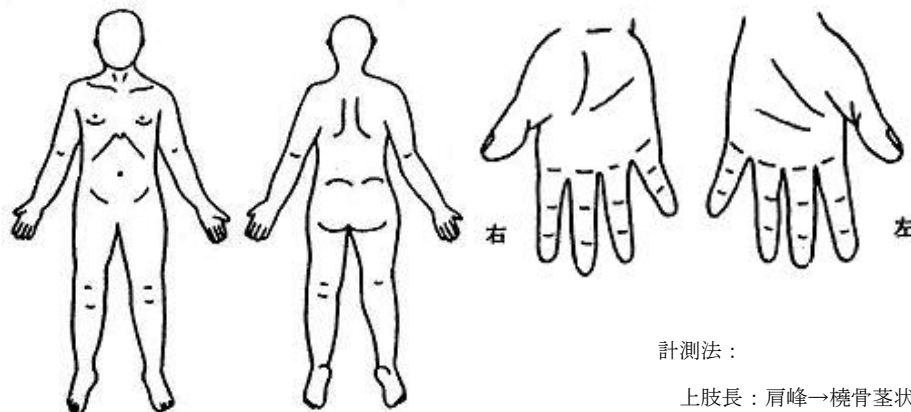
身体障害者診断書・意見書（肢体不自由用）

総括表

氏 名	明治 大正 昭和 平成	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	昭和 平成	年 月 日・場 所															
④ 参考となる経過・現症（レントゲン及び検査所見を含む。）																	
障害固定又は障害確定（推定） 昭和 平成 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。 平成 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 印																	
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に ・該当する（ 級相当） ・該当しない																	
※意見した等級の障害 内訳を記入	<table border="1"> <thead> <tr> <th>内 訳</th> <th>等 級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td>総 合</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>			内 訳	等 級											総 合	
内 訳	等 級																
総 合																	
※同一疾病で下肢と体幹の障害を有する場合は、重複して認定することはできない。																	
注 意 1 障害名には現在起こっている障害、例えば右股関節機能障害、四肢体幹機能障害、両上下肢機能障害等を記入し、原因となった疾病には、関節リウマチ、足部骨腫瘍、大腿骨頭壊、脊髄損傷、多発性脳梗塞等原因となった疾患名を記入してください。 2 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。																	

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○で囲むこと。）

- ### 参 考 图 示



右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周徑 cm	
	前腕周徑 cm	
	大腿周徑 cm	
	下腿周徑 cm	
	握力kg	

(小児等の場合は別記)

×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▮運動障害

動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、() の中のものを使う時はそれに○

寝	が	え	り	を	す	る		シ	ャ	ツ	を	着	て	脱	ぐ																							
あ	し	を	な	げ	出	し	て	座	る		ズ	ボン	を	は	い	て	脱	ぐ	（	自	助	具	）															
椅	子	に	腰	か	け	る					ブラシ	で	歯	を	み	が	く	（	自	助	具	）	右			左												
立つ	（	手	すり	、	壁	、	杖	、	松	葉	杖	、	義	肢	、	装	具	）		顔	を	洗	い	タ	オ	ル	で	拭	く									
家の中の移動	（	壁	、	杖	、	松	葉	杖	、	義	肢	、	装	具	、	車	椅子	）		タ	オ	ル	を	絞	る													
洋	式	便	器	に	す	わ	る				背	中	を	洗	う																							
排	泄	の	あ	と	始	末	を	す	る			二	階	ま	で	階	段	を	上	っ	て	下	り	る	（	手	すり	、	杖	、	松	葉	杖	）				
（箸で食事をする	（	スプーン	、	自	助	具	）	右			左		屋	外	を	移	動	す	る	（	家	の	周	辺	程	度	）	（	杖	、	松	葉	杖	、	車	椅子	）	
コ	ッ	プ	で	水	を	飲	む				公	共	の	乗	り	物	を	利	用	す	る																	
（手指でも肘でも）ものを下げる	右			kg	左			kg		片	脚	立	ち	右			左																					
歩行状況（独歩）										m																												

該当するものを○で囲み、必要事項を記入

遷延性意識障害	有・無	有の場合	原因となった疾病の治療⇒終了した・治療中 障害程度⇒固定した・固定していない 常時の医学的管理⇒不要・要（ ）
認知機能・知的機能等の影響	有・無	有の場合	影響を除外した障害等級を記入のこと。
廃用性の影響	有・無	有の場合	廃用性の発生時期 年 月頃 3年未満の場合は、廃用性の影響を除外した 障害等級を記入のこと。

関節可動域（ROM）と筋力テスト（MMT）（この表は障害認定が必要な部分を記入）

(×) 伸展 屈曲 (△)

肢体不自由の診断書・意見書作成にあたっての留意事項

1 等級について

複数の認定部位がある場合は、等級の内訳を意見記入欄に記載してください。

例 1) 総合 2 級 右上肢全廃 2 級、右下肢著障 4 級

例 2) 総合 4 級 右肩関節著障 5 級、右股関節著障 5 級、右膝関節著障 5 級

※ 二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、認定します。

合計指数	18 以上	17～11	10～7	6～4	3～2	1
認定等級	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級

合計指数は、次の等級別指数表により各々の障害の該当する等級の指数を合計したものです。

障害等級	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	7 級
指 数	18	11	7	4	2	1	0.5

2 再認定について

将来再認定を「要」とした場合は、再認定の時期も併せて記載してください。

3 脳血管障害について

脳血管障害等による機能障害の認定は、障害の永続が見込まれる時期（原則として発症から 1 年経過後）において行います。ただし、発症から概ね 6 ヶ月経過した時点で、回復の見込みがないと判断できる場合には、ブルンストロームステージの記載と C T または M R I フィルム（C D でも可）の添付が必要です。なお、ブルンストロームステージは、診断書・意見書（関節可動域と筋力テスト記入欄）の備考欄に記載してください。

4 意識障害について

遷延性意識障害がある場合には、症状が安定し、常時の医学的管理が必要でないと医師が判断した時点で障害認定することとしています。

原因となった疾患の治療は終了しているかどうか、常時の医学的管理を要しない状況かどうかについて「肢体不自由の状況及び所見」欄に記載してください。

5 知的障害等の認定について

日常生活動作、活動面での障害が明らかに知的障害や精神障害に起因する場合は、身体障害として認定することは適当でないため、知的障害等の影響を除外した等級をご記入ください。

6 廃用性について

廃用性が 3 年以上継続している場合は、MMT や R O M などにより客観的に機能障害が証明できるものについて障害認定することとしています。廃用性に至って 3 年未満の場合、廃用性の影響を除外した等級を記載してください。

7 関節リウマチについて

レントゲン所見とラーセングレードを記載してください。なお、場合によっては認定部位のレントゲン写真（C D でも可）を提出していただくこともあります。