

様式第 3

身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

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。 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) ⇒ [両・右・左] 上肢機能障害 級 ・該当しない 移動機能障害 級			
注 意 1 障害名には現在起こっている障害、脳原性運動機能障害を記入し、原因となった疾病には、 脳性麻痺、出生児低酸素脳症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。			

(該当するものを○で囲むこと。)

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. 財布からコインを出す | (・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 | (・可能 ・不可能) |
| e. 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる | (・可能 ・不可能) |

(注) この様式は、脳性麻痺の場合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。