

身体障がい者診断書・意見書 (肢体不自由障がい用)
脳原性運動機能障がい用

氏 名	年 月 日生	男・女																
住 所																		
1. 障がい名(部位を明記) 四肢・上肢 () <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px;">4</td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table> 下肢・体幹			4															
4																		
2. 原因となった 疾病・外傷名		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px;">10</td> <td style="width: 20px;">20</td> <td style="width: 20px;">30</td> <td style="width: 20px;">40</td> </tr> <tr> <td colspan="4">交通、労災、その他の事故、戦傷</td> </tr> <tr> <td colspan="4">戦災、疾病、先天性、その他()</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px;">50</td> <td style="width: 20px;">60</td> <td style="width: 20px;">70</td> <td style="width: 20px;">80</td> </tr> </table>	10	20	30	40	交通、労災、その他の事故、戦傷				戦災、疾病、先天性、その他()				50	60	70	80
10	20	30	40															
交通、労災、その他の事故、戦傷																		
戦災、疾病、先天性、その他()																		
50	60	70	80															
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。)																		
障がい固定又は障がい確定(推定) 年 月 日																		
5. 総 合 所 見																		
 (将来再認定 要(重度化・その他) 不要) 再認定年月 年 月 																		
6. その他の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 勤務先 (所在地・名称・電話番号) 診療担当科名 科 身体障害者福祉法 第15条指定医師氏名 (印)																		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 [障がい程度等級についても参考意見を記入] 障がいの程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障がいに ・該当する (級相当) ・該当しない																		

- [注意]
1. 障がい名には現在起こっている障がい、例えば両眼失明、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障がい等を記入し、原因となった疾病には、角膜混濁、先天性難聴、脳血管障がい、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. 障がい区分や等級決定のため、和泉市から改めて診断内容についてお問い合わせする場合があります。

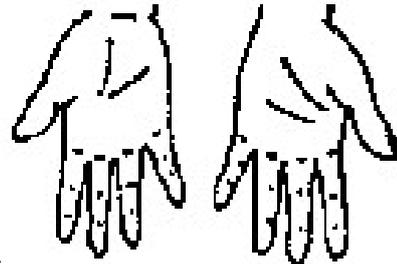
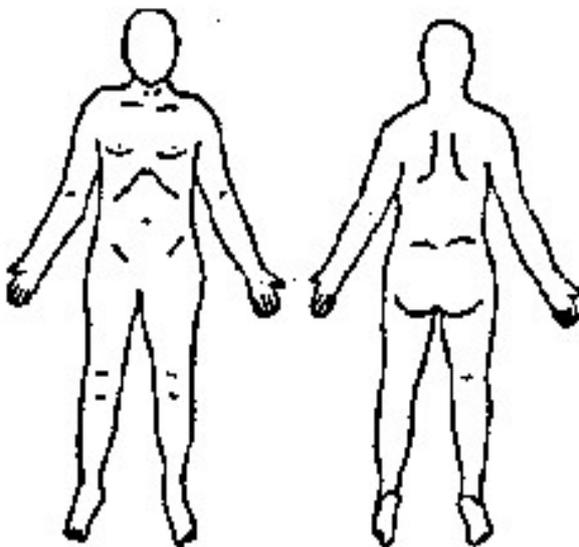
肢体不自由の状況及び所見(1)

1. 神経学的所見その他の機能障がい(形態異常)の所見

(該当するものを○でかこみ、下記空欄に追加所見記入)

- (1) 感覚障がい(下記図示) : なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- (2) 運動障がい(下記図示) : なし・弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- (3) 起因为位 : 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- (4) 排尿・排便機能障がい : なし・あり
- (5) 形態異常 : なし・あり
- (6) 歩行能力の程度 : 独歩可(m)・不可 杖等を用いた場合(m)

参考図示



2. 計測

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

×変形 ■切離断 ▨感覚障がい ▨運動障がい

※切離断の場合は、前腕、上腕、大腿、下腿の1/2以上か未満かを明記してください。

3. 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使用するものにも○

動作・活動の内容	(右)	(左)	動作・活動の内容	(右)	(左)
寝がえりする			シャツを着て脱ぐ		
あしをなげ出して坐る			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)		
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)			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			公共の乗物を利用する		

起立位保持時間(補装具無) 分程度

注: 身体障害者福祉法の等級は機能障がい(impairment)のレベルで認定されますので()の中にも○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。

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、上腕周径: 最大周径
前腕周径: 最大周径、大腿周径: 膝蓋骨上縁上 10 cmの周径(小児等の場合は別記)、
下腿周径: 最大周径

4. 関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)

(この表は必要な部分を記入)

筋力テスト()	関節可動域	筋力テスト()	関節可動域	筋力テスト()
↓	↓	↓	↓	↓
()前屈	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	後屈 ()	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	右屈 ()
()前屈		後屈 () 体幹 ()背屈		右屈 ()
右 ()屈曲	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	伸展 () ()伸転	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	屈曲 ()
()外転		内転 ()肩 ()内転		外転 ()
()外施		内施 () ()内施		外施 ()
()屈曲		伸展 () 肘 ()伸展		屈曲 ()
()回外		回内 ()前腕 ()回内		回外 ()
()掌屈		背屈 ()手 ()背屈		掌屈 ()
()屈曲		伸展 () 中指 ()伸展		屈曲 ()
()屈曲		伸展 () 中指 ()伸展		屈曲 ()
()屈曲		伸展 () 中指 ()伸展		屈曲 ()
()屈曲		伸展 () 中指 ()伸展		屈曲 ()
()屈曲		伸展 () 中指 ()伸展		屈曲 ()
()屈曲		伸展 () 近位指節 (PIP)		屈曲 ()
()屈曲		伸展 () 近位指節 (PIP)		屈曲 ()
()屈曲		伸展 () 近位指節 (PIP)		屈曲 ()
()屈曲		伸展 () 近位指節 (PIP)		屈曲 ()
()屈曲		伸展 () 近位指節 (PIP)		屈曲 ()
()屈曲	180 150 120 90 60 30 0 30 60 90	伸展 () ()伸転	90 60 30 0 30 60 90 120 150 180	屈曲 ()
()外転		内転 ()股 ()内転		外転 ()
()外施		内施 () ()内施		外施 ()
()屈曲		伸展 () 膝 ()伸展		屈曲 ()
()底屈		背屈 ()足 ()背屈		底屈 ()

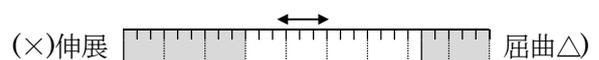
備考

注:

1. 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
2. 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。
3. 関節可動域の図示は、 $\left| \longleftrightarrow \right|$ のように両端に太線をひき、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線(～)を引く。
4. 筋力については、表()内に×△○印を記入する。×印は、筋力が消失または著減(筋力0,1,2該当)

- △印は、筋力半減(筋力3該当)
- 印は、筋力正常またはやや減(筋力4,5該当)
5. (PIP)の項母指は(IP)関節を指す。
6. DIP その他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
7. 図中ぬりつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示



1. 上肢機能障がい用

ア. 両上肢機能障がい [紐むすびテスト結果]		イ. 一上肢機能障がい [5 動作の能力テスト結果]	○可、×不可
1 度目の1分間	本	a. 封筒を鋏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. 移動機能障がい

〔下肢・体幹機能評価結果〕		○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. 椅子から立ち上り 10m 歩行し再び椅子に坐る		
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る		

(注) この様式は、脳性麻痺及び乳児期に発現した障がい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。

(備考) 上肢機能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



とむすびする。
(注)○上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

○手を机の上に浮かして結ぶこと。

- 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にもせてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。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
大きめの爪きり(約 10 cm)で特別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止める
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。