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。 |