

5 診断書様式 (第3号様式)

身体障害者診断書・意見書

(肢 体 不 自 由 障 害 用)

総括表

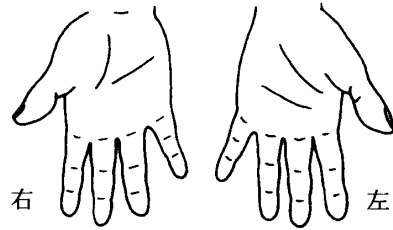
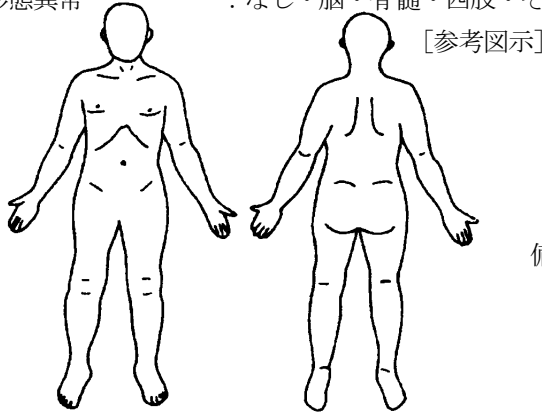
(脳 原 性 運 動 機 能 障 害 用)

氏 名	明治・大正 昭和・平成 令和	年 月 日生 () 歳	男・女										
住 所													
① 障害名 (障害のある身体部位も明記)													
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 (リハビリを含め障害固定までの経過を明記してください。)													
障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日													
⑤ 総合所見 (上肢・下肢・体幹の機能の障害程度を具体的に記入してください。)													
【 将来再認定 要 (軽減化・重度化) ・ 不要 】 (再認定時期 年 月)													
⑥その他参考となる合併症状													
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。													
年 月 日													
病院又は診療所の名称													
所 在 地													
診療担当科名		科 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		【障害程度等級についての参考意見】											
		<table border="1"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">内 訳</td> <td>上肢</td> <td>右 級</td> <td>左 級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>右 級</td> <td>左 級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td colspan="2">級</td> </tr> </table>		内 訳	上肢	右 級	左 級	下肢	右 級	左 級	体幹	級	
内 訳	上肢	右 級	左 級										
	下肢	右 級	左 級										
	体幹	級											
<small>※ 四肢と体幹の重複として上位等級に編入するには注意を要す。</small>													
備考 1 「① 障害名」欄には、病名ではなく現在起こっている身体部位を含めた障害名、例えば右上肢麻痺、四肢体幹機能障害、移動機能障害等を記入してください。													
2 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、脳梗塞、 <small>こうそく</small> 脊髄小脳変性症、 <small>ひび</small> 脳性麻痺等原因となった基礎疾患名を記入してください。													
3 障害区分や等級決定のため、神奈川県社会福祉審議会から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（該当するものを○で囲み、空欄に追加所見を記入してください。）

1 神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見

- (1) 感覚障害（下記図示）：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- (2) 運動障害（下記図示）：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・脳・脊髄・四肢・その他



備考2 指の切断の場合は、指骨間関節（PIP、IP）の有無を明記してください。

×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▨運動障害

備考1 切断の場合は、前腕、上腕、大腿、下腿の1/2以上か否かを明記してください。

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	

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

※ 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○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。

寝返りする		シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
いすに腰掛ける		ブラッシュで歯を磨く	
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、車いす)		タオルを絞る	
洋式便器に座る		背中を洗う	
排泄の後始末をする		二階まで上って下りる(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、車いす)
コップで水を飲む	右	左	公共の乗物を利用する

起立位及び歩行能力の状況（該当するものを○で囲む）

- 起立位保持（補装具なしで）…①正常に可能 ②（1時間・30分・10分）以上可能 ③不能
- 歩行能力（補装具なしで）……①正常に可能 ②（2Km・1Km・100m）以上可能

※計測法 ③ベッド周辺の歩行（可能・不能） ④歩行不能

- 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10cmの周径（幼児等の場合測り）
- 上腕周径：最大周径 下腿周径：最大周径

脳原性運動機能障害用

この様式は、脳性麻痺^ひ及び乳児期に発現した障害によって脳性麻痺^ひ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します。

(該当するものを○で囲んでください。)

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害

<ひも結びテスト結果>

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 封筒をはさみ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^{つめ}を切る (可能・不可能)

e 健側のそで口のボタンを止める (可能・不可能)

2 移動機能障害

<下肢・体幹機能評価結果>

a 伝い歩きをする (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 いすから立ち上がり10m歩行し再びいすに座る (可能・不可能)

_____秒

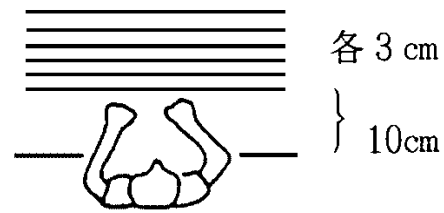
d 50 cm幅の範囲内を直線歩行する (可能・不可能)

e 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる (可能・不可能)

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア ひも結びテスト

事務用とじひも（概ね 43 cm規格のもの）を使用します。



① とじひもを机の上、被験者前方に図のように置き並べてください。

② 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひとむすびしてください。

(注) ・上肢を体や机に押し付けて固定してはいけません。

・手を机上に浮かしてむすんでください。

③ 結び目の位置は問いません。

④ ひもが落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻してください。

⑤ ひもは検査担当者が随時補充してください。

⑥ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもかまいません。

イ 5動作の能力テスト

a 封筒をはさみで切る時に固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し、健手ではさみを用い封筒を切ります。

患手を健手で持って封筒の上に乗せてもかまいません。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよいです。はさみはどのようなものを用いてもよいです。

b 財布からコインを出す

財布を患手で持ち、空中に支え（テーブル面上ではなく）、健手でコインを出します。

ジッパーを開けて閉めることを含みます。

c 傘をさす

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えてください。立位でなく坐位のままでもよいです。肩に担いではいけません。

d 健側の爪^{つめ}を切る

大きめの爪切り^{つめ}（約 10 cm）で特別の細工のないものを患手で持って行います。

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止めてください。

女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いてください。