別記第8号様式(第8条関係)

身体障害者診断書・意見書( 上肢・下肢・体幹機能障害用、脳原性運動機能障害用 )

総括表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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(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(具体的に記入ください。)  〔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　　身体障害者福祉法第15条指定医師　氏名 | | | | | | | | |
| 身体障害者福祉法第15条第3項の意見　〔障害程度級についても参考意見を記入〕  　　当該診断書にかかる障害の程度は、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」(別様式)を添付してください。  　　　3　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。 | | | | | | | | |
| ※審査欄への記載は不要です。 | | | 審査 | | 手帳記載障害名 | | | 決定 |
|  | | | 種 |
| 級 |

肢体不自由の状況及び所見

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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・し緩性麻ひ・けい性麻ひ・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  注：　運動失調の程度については、小脳性運動失調評価法（Scale for the assessment and rating of  ataxia）を参考に評価すること。 | | | | | | | | | | |
| 参考図示    (注)関係のない部分は記入不要 | | | |  | | | | | | |
| 右 | |  | | 左 | |  |
|  | | 上肢長cm | |  | |
|  | | 下肢長cm | |  | |
|  | | 上腕周径cm | |  | |
|  | | 前腕周径cm | |  | |
|  | | 大たい周径cm | |  | |
|  | | 下たい周径cm | |  | |
|  | | 握力kg | |  | |
| 計測法  　　上肢長：肩峰→とう骨茎状突起　　　　前腕周径：最大周径　　上腕周径：最大周径　　下たい周径：最大周径  　　下肢長：上前腸骨きょく→(けい骨)内果　　大たい周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径(小児等の場合は別記)  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を○で囲むこと。 | | | | | | | | | | |
|  | 寝返りをする。 |  | | シャツを着て脱ぐ。 | | | | |  |  |
| 足を投げ出して座る（背もたれ、支え）。 | 分 | | ズボンをはいて脱ぐ(自助具)。 | | | | |  |
| 椅子に腰かける。 |  | | 顔を洗い、タオルで拭く。 | | | | |  |
| 立ち上がる(手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具)。 |  | | タオルを絞る。 | | | | |  |
| 家の中を移動(壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子)する。 |  | | 背中を洗う。 | | | | |  |
| 洋式便器に座る。 |  | | 2階まで階段を上って下りる(手すり､杖､松葉杖)。 | | | | |  |
| 排泄の後始末をする。 | 右 | 左 | 屋屋外を移動する(家の周辺程度)(杖、松葉杖、車椅子)。 | | | | |  |
| (箸で)食事をする(スプーン、自助具)。 | 右 | 左 | 公共の乗物を利用する。 | | | | |  |
| コップで水を飲む。 | 右 | 左 | 片足で立つ。 | | | 右 　秒 | | 左 　秒 |
| ブラシで歯を磨く(自助具)。 | 右 | 左 | （参考）利き手 | | | | | 右・左 |
| 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○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。  上肢の状態、歩行能力及び起立位の状況  ○上肢で下げられる重さ（手指でも肘でもよい）　　右：正常・（10kg・5㎏）以内可能・不能  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　左：正常・（10kg・5㎏）以内可能・不能  ○屋外を補助具無しで歩行する歩行能力程度は 約　　　　ｍ（補助具あり　　　　　ｍ）  ○ざ位保持（背もたれなし）　　　　分　　　　　　○起立位保持：両下肢　　　　分 | | | | | | | | | | |
| 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) | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 備考　(測定しないものについてはその理由を記入すること。) | | | | | | | | | | | |
| 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、 　　　 のように両端に太線を引き、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。 | | | | | ○印は、筋力正常又はやや減(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　図中塗りつぶした部分は、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 | | | | | | |
| 4　筋力については、表(　)内に×△○印を記入する。  ×印は、筋力が消失又は著減(筋力0、1、2該当)  △印は、筋力半減(筋力3該当) | | | | |

**脳原性運動機能障害用**　（脳血管障害には適用しません。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **１．上肢機能障害** | | | | | 1. 両上肢機能障害   (紐結びテスト結果) | | 1. 一上肢機能障害   (5動作の能力テスト結果) | 該当するものを○で囲むこと。 | | １度目の１分間 | 本 | a.封筒をはさみで切る時に固定する。 | 可能 ・ 不可能 | | ２度目の１分間 | 本 | b.財布からコインを出す。 | 可能 ・ 不可能 | | ３度目の１分間 | 本 | c.傘をさす。 | 可能 ・ 不可能 | | ４度目の１分間 | 本 | d.健側の爪を切る。 | 可能 ・ 不可能 | | ５度目の１分間 | 本 | e.健側の袖口のボタンを留める。 | 可能 ・ 不可能 | | 計 | 本 |  |  |  |  |  | | --- | --- | | **２．移動機能障害** | | | 〔下肢・体幹機能評価結果〕 | 該当するものを○で囲むこと。 | | 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.椅子から立ち上がり10m歩行し、再び椅子に座る。 | 可能 ・ 不可能  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、脳性麻ひ及び乳幼児期に発現した障害に |  |  | | よって脳性麻ひと類似の症状を呈する者で、肢体不自由 |  | **イ．5動作の能力テスト** | | 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。 |  | 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 | | **(備考)　上肢機能テストの具体的方法** |  | を用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上に | |  |  | 乗せてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から | | **ア．紐結びテスト** |  | 出してもよい。はさみはどのようなものを用いてもよ | |  |  | い。 | | 事務用とじ紐(おおむね43cm規格のもの)を使用する。 |  | b． 財布からコインを出す。 | | |  | | --- | | ① とじ紐を机の上、被験者 | |  | 財布を患手で持ち、空中に支え（テーブル面上で | | 前方に図のごとく置き並べ |  | はなく）、健手でコインを出す。ジッパーを開けて閉 | | る。 |  | めることを含む。 | | ②　被験者は手前の紐から |  | c． 傘をさす。 | | 順に紐の両端をつまんで、 |  | 開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ | | 軽く一結びする。 |  | 支えている。立位でなくざ位のままでよい。肩にかつ | | (注)　○　　上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。 |  | いではいけない。 | | ○　手を机上に浮かして結ぶこと。 |  | d． 健側の爪を切る。 | | ③　結び目の位置は問わない。 |  | 大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないも | | ④　紐が落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が |  | のを患手で持って行う。 | | 戻す。 |  | e． 健側の袖口のボタンを留める。 | | ⑤　紐は検査担当者が随時補充する。 |  | のりの利いていないワイシャツを健肢に袖だけ通 | | ⑥　連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行っ |  | 通し、患手で袖口のボタンを掛ける。女性の被験者 | | てもよい。 |  | の場合も男性用ワイシャツを用いる。 | |  |  |  | |