

身体障害者診断書・意見書

審査者印	別表	障害程度等級	鉄道運賃割引
	の	級	種

総括表

肢体不自由用

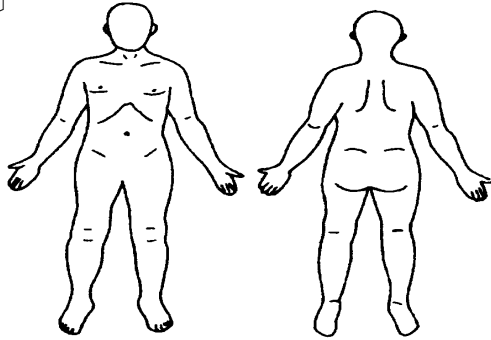
氏名	大正・昭和 平成・令和	年 月 日生 () 歳	男・女							
住所										
①障害名 (部位を明記)										
②原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、 自然災害、戦災、疾病、先天性、その他 ()								
③疾病・外傷発生年月日 年 月 日 ・ 場所										
④参考となる経過・現症 (エックス線写真及び検査所見を含む。)										
人工骨頭・関節置換術日 (年 月 日) 部位 () 障害固定又は障害確定 (推定) 年 月 日										
⑤総合所見										
【将来再認定 要 (軽度化・重度化)・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 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)		<table border="1"> <tr> <td>上肢</td> <td>級</td> <td rowspan="3">※</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td>級</td> </tr> </table>	上肢	級	※	下肢	級	体幹	級	下肢、体幹を区別することが 適当でない場合は※に記入
上肢	級	※								
下肢	級									
体幹	級									
・該当しない		級								
注意 1 障害名には、現在起こっている障害、例えば右上肢機能障害、等を記入し、原因となった疾病には、脳卒中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お問い合わせする場合があります。 3 医師氏名、訂正箇所は自署 (フルネーム) 又は押印をお願いいたします。										

肢体不自由の状況及び所見

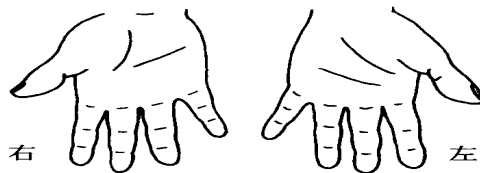
1 神経学的所見その他の機能障害（形態異常）の所見（該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入）

- (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・巧緻機能障害・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〕



×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▨運動障害



備考 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。

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	

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 10cm の周径（小児等の場合は別記）
- 下腿周径：最大周径

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○

寝がえりする		横座り	
あしをなげ出して座る		あぐら	
椅子に腰かける		正座	
立つ（手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具）		シャツを着て脱ぐ	
家の中の移動（壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車いす）		ズボンをはいて脱ぐ（自助具）	
洋式便器に座る		顔を洗いタオルで拭く	
排泄のあと始末をする		タオルを絞る	
字を書く	右	左	背中を洗う
食事をする（箸、スプーン、自助具）	右	左	二階までの階段の昇降（手すり、杖、装具）
コップで水を飲む	右	左	屋外の移動（家の周辺程度）（杖、装具、車いす）
ブラシで歯をみがく（自助具）	右	左	公共の乗物を利用する

◎上肢の状態、歩行能力及び起立位の状態（補装具を使用しない状態で該当するものを○で囲む）

- (1) 歩行できる距離 正常・(2 km・1 km・100 m・10 m) 以上困難・不能
- (2) 起立位保持 正常・(秒・分・時間) 以上困難・不能
- (3) 座位保持 正常・(秒・分・時間) 以上困難・不能
- (4) 片脚起立 [右]：可・不安定・不可 [左]：可・不安定・不可

※ この調査表は遷延性意識障害の状態にある場合のみ記入してください。
(例 脳挫傷や脳血管障害等の原因により昏睡等の意識障害がある場合)

身体障害者調査表（意識障害用）

※ 該当する項目に○をしてください。

1 障害程度

- 1) 自力移動 (可能 ・ 不可能)
- 2) 自力での食事摂取 (可能 ・ 不可能)
- 3) 意味のある発語 (可能 ・ 不可能)
- 4) 簡単な命令に応ずる (可能 ・ 不可能)
- 5) 目で物を追い認識すること (可能 ・ 不可能)
- 6) 排せつの失禁状態 (無 ・ 有)

2 上記6項目がすべて不可能な場合は、その状態の継続月数

_____ヶ月

3 医学的管理の状況

月 _____ 回の往診により管理可能な状態

4 現在の状況

- 1) 入院している (_____ 年 _____ 月 _____ 日から入院)
- 2) 自宅療養中 (月 _____ 回往診中)

5 主な医学的管理（治療）の内容

- 1) 人工呼吸 2) 経管栄養 3) 血管栄養 4) 経腸栄養
- 5) 導尿 6) 投薬(薬名 _____) 7) その他(_____)

6 介護の状況、退院の可能性等で参考となる事項があれば記載してください。

7 障害の原因となった疾病に対する医学的治療行為は既に終了していますか。

- 1) 終了している (終了時期 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- 2) 終了していない。

※ 「障害の原因となった疾病に対する医学的治療行為」には、現在の状態を維持管理するための医療行為（栄養・呼吸管理等）及び合併症の発生予防等の二次的・三次的医療行為は含みません。