

身体障害者診断書・意見書 (脳原性運動機能障害用)

| 氏名 | 明治 大正 昭和 平成 | 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, 疾病, 先天性, その他 () | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 疾病・外傷発生年月日 平成 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) 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑤ 総合所見 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 〔将来再認定要 不要〕 (再認定の時期 平成 年 月) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑥ その他参考となる合併症状 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断し, 併せて次の意見を付する。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病院又は診療所の名称 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 平成 年 月 日 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 診療担当科名 科 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏 名 氏 名 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>身体障害者福祉法第15条第3項の意見</p> <p>障害の程度は, 身体障害者福祉法別表に掲げる障害に</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 該当する (級相当) ・ 該当しない <p>〔障害部位ごとの等級, 障害の内容及び指数についての参考意見〕</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">障害部位</th> <th style="width: 10%;">等級</th> <th style="width: 40%;">障害の内容</th> <th style="width: 20%;">指数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> <td>-----</td> </tr> <tr> <td>総合</td> <td>級</td> <td>合計</td> <td>点</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | 障害部位 | 等級 | 障害の内容 | 指数 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | 総合 | 級 | 合計 | 点 |
| 障害部位 | 等級 | 障害の内容 | 指数 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ----- | ----- | ----- | ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ----- | ----- | ----- | ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ----- | ----- | ----- | ----- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 総合 | 級 | 合計 | 点 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>注意 1 この書類は, 身体障害者福祉法第15条第1項の規定による指定を受けた医師が作成すること。</p> <p>2 この書類には, 障害の種類に応じて知事が別に定める様式による障害の状況及びこれに係る所見を記載した書類を添付すること。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

脳原性運動機能障害の状況及び所見

(該当するものを○でかこむこと)

1 上肢機能障害

ア. 両上肢機能障害

〈紐むすびテスト結果〉

- 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. 封筒を鋏で切る時に固定する (・可能 ・不可能)
 b. さいふからコインを出す (・可能 ・不可能)
 c. 傘をさす (・可能 ・不可能)
 d. 健側の爪を切る (・可能 ・不可能)
 e. 健側のそで口のボタンをとめる (・可能 ・不可能)

2 移動機能障害

〈下肢・体幹機能評価結果〉

- a. つたい歩きをする (・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. 椅子から立ち上り 10m 歩行し再
 び椅子に坐る _____ 秒 (・可能 ・不可能)
 d. 50m 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
 立ち上る (・可能 ・不可能)

(注) この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害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。

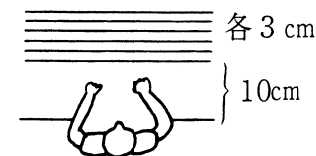
○手を机上に浮かしてむすぶこと。

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ののせてもよい。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 秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく坐位のままでもよい。肩にかついではいけない。

d. 健側の爪を切る。

大きめの爪切り (約 10cm) で特別な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とめる。

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。