

# 身体障害者診断書・意見書（脳原性運動機能障害用）

## 総括表

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------------------|-----|---|-----|---------|----|---|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 年 月 日 生<br>( ) 歳 | 男 ・ 女                                    |     |   |     |         |    |   |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
| ① 障害名（部位を明記）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  | 交通・労災・その他の事故・戦傷・戦災<br>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 参考となる経過及び現症（エックス線写真及び検査所見を含みます。）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
| 障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
| ⑤ 総合所見                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
| <div style="text-align: right;">           [軽減化による再認定 要 ・ 不要]<br/>           [再認定の時期 年 月]         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
| ⑥ その他参考となる合併症状                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
| 上記のとおり診断し、併せて以下の意見を付します。<br>年 月 日<br>病院又は診療所の名称 電 話（ ）<br>所 在 地<br>診療担当科名 科 医師氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
| 身体障害者福祉法第15条第3項の意見<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br><div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="flex: 1;">           ・該当する（          級相当 ）<br/><br/>           ・該当しない         </div> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>両上肢</td> <td>級</td> </tr> <tr> <td>一上肢</td> <td>(右・左) 級</td> </tr> <tr> <td>移動</td> <td>級</td> </tr> </table> </div> |                  |                                          | 両上肢 | 級 | 一上肢 | (右・左) 級 | 移動 | 級 |
| 両上肢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 級                |                                          |     |   |     |         |    |   |
| 一上肢                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | (右・左) 級          |                                          |     |   |     |         |    |   |
| 移動                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 級                |                                          |     |   |     |         |    |   |
| ※「該当する」「該当しない」の選択及び意見等級は、必ず記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |
| 注 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。<br>2 総合所見には、今後の症状変動の可能性（重度化・軽減化）や、軽減化による再認定の必要性（必要な場合はその時期）も必ず記入してください。<br>3 障害区分や等級決定のため、改めて身体障害者診断書・意見書の記入内容について問い合わせる場合があります。<br>4 程度変更に伴う再申請については、新しく追加となる障害内容の記入のみではなく、現在の手帳の障害内容についても障害が存在していれば、併せて診断書に記入してください。                                                    |                  |                                          |     |   |     |         |    |   |

(該当するものを○で囲んでください。)

## 1 上肢機能障害

下の「該当する障害」の□に レ を入れ、更にア又はイにテスト結果を記入してください。

- 「該当する障害」
- ☐ 両上肢の機能の障害がある場合  
→ 「ア 両上肢機能障害」に記入してください。
  - ☐ 一上肢の機能の障害がある場合  
→ 「イ 一上肢機能障害」に記入してください。

### ア 両上肢機能障害

(紐結びテスト結果)

|            |         |
|------------|---------|
| 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 (患手: 右・左)

(5 動作の能力テスト結果)

- |                     |            |
|---------------------|------------|
| a 封筒をはさみで切るときに固定する。 | ( 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 健側の爪を切る。          | ( 可能・不可能 ) |
| e 健側のそで口のボタンを留める。   | ( 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 10 m 歩行する。  | ( 可能・不可能 )         |
| c 椅子から立ち上がり、10 m 歩行し再び椅子に座る。 | ( 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 )         |

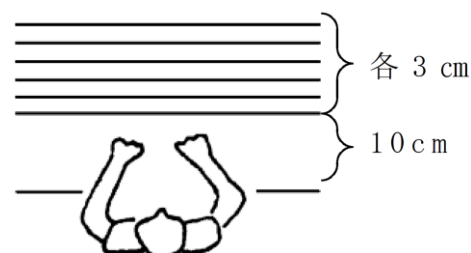
- 注 1 この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用してください。
- 2 著しい意欲低下や検査教示が理解できない場合、あるいは乳幼児期の判定等この方法によりがたい場合は一般の肢体不自由の診断書様式を適用してください。
- 3 被験者が各動作について未経験の場合においては、テストの方法を事前に教示し、試行を経た上で本検査を行ってください。

## 【備考】上肢機能テストの具体的方法

### ア 紐結びテスト

事務用とじ紐（おおむね43cm規格のもの）を使用します。

- ① とじ紐を机の上、被験者前方に図のごとく置き並べます。
- ② 被験者は手前の紐から順に紐の両端をつまんで、軽く一結びします。



（注）○上肢を体や机に押し付けて固定してはいけないこととします。

○手を机上に浮かして結ぶこととします。

- ③ 結び目の位置は、問いません。
- ④ 紐が落ちたり、位置から外れたときには、検査担当者が戻します。
- ⑤ 紐は検査担当者が随時補充します。
- ⑥ 連続して5分間行っても、休み時間を置いて5回行ってもよいこととします。

### イ 5動作の能力テスト

- a 封筒をはさみで切るときに固定する。

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よいこととします。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよいこととします。はさみはどのようなものを用いてもよいこととします。

- b 財布からコインを出す。

財布を患手で持ち、空中で支え（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じることを含みます。

- 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ます。立位でなく坐位のままでよいこととします。肩に担いではいけません。

- d 健側の爪を切る。

大きめの爪切り（約10cm）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留める。

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留めます。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用います。