

身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

(第9条関係)

氏名			生年月日	年 月 日 ()歳		性別	男・女																																				
住所						TEL																																					
①障害名(部位を明記)																																											
注意 1 障害名には以下の()内の具体的な障害名(部位を明記)を記載してください。 例) 視覚障害(両眼失明・視野狭窄・視野欠損等)、聴覚障害(両耳全ろう・語音明瞭度著障等)、平衡機能障害(中枢性平衡失調等)、音声機能障害(喉頭摘出・発声筋麻痺等)、言語機能障害(ろうあ・聴あ等)、上肢機能障害(右肩関節機能全廃・左手指欠損等)、下肢機能障害(右足部欠損・左膝関節著障等)、右半身麻痺、体幹機能障害、脳原性運動機能障害(上肢・移動)、内部障害(心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸機能障害等)を記入して下さい。「指定医師必携障害名記載例参照」																																											
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()																																							
注意 2 疾病・外傷名には、視覚障害(緑内障等)、聴覚・平衡機能障害(先天性難聴・メニエール病等)、音声・言語・そしゃく機能障害(咽頭腫瘍・脳血管疾患等)、肢体不自由(脳血管疾患・脳性麻痺・関節リウマチ等)、内部障害(心室中隔欠損・慢性腎炎・肺気腫・膀胱腫瘍・直腸腫瘍・特発性仮性腸閉塞症等)の原因となった疾病・外傷名を記載して下さい。「指定医師必携疾病・外傷名記載例参照」																																											
③疾病・外傷発生日		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																																											
【将来再認定：要(軽度化・重度化)(再認定の時期 年 月 日)・不要】																																											
⑥その他参考となる合併症状																																											
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載すること〕																																											
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																																											
<table><tr><td colspan="2"></td><td colspan="4">内訳(肢体・脳原性要記載)</td></tr><tr><td></td><td></td><td>右</td><td>左</td><td colspan="2">両</td></tr><tr><td>上肢</td><td></td><td>級</td><td>級</td><td colspan="2">級</td></tr><tr><td>下肢</td><td></td><td>級</td><td>級</td><td colspan="2">級</td></tr><tr><td>体幹</td><td></td><td>級</td><td>脳原 上肢</td><td>級</td><td>脳原 移動</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td>級</td><td>級</td></tr></table>										内訳(肢体・脳原性要記載)						右	左	両		上肢		級	級	級		下肢		級	級	級		体幹		級	脳原 上肢	級	脳原 移動					級	級
		内訳(肢体・脳原性要記載)																																									
		右	左	両																																							
上肢		級	級	級																																							
下肢		級	級	級																																							
体幹		級	脳原 上肢	級	脳原 移動																																						
				級	級																																						
上記のとおり診断する。																																											
年 月 日																																											
病院又は診療所の名称																																											
所在地																																											
電話番号																																											
診療担当科名 科 医師氏名																																											
注意 3. 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」(第6号様式(15))を添付してください。																																											
4. 障害区分や等級決定のため、沖縄県身体障害者更生相談所から診断内容等についてお問い合わせする場合があります。																																											

脳原性運動機能障害用

1 上肢機能障害

(該当するものを○で囲むこと)

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 封筒をはさみで切るときに固定する (・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)

ウ 上肢の麻痺の有無 ①なし ②あり (右・左:弛緩性、痙性、不随意運動、しんせん、失調、その他[])

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 支持なしで立体を保持しその後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 (・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る (・可能 ・不可能)

f 下肢の麻痺の有無 ①なし ②あり (右・左・体:弛緩性、痙性、不随意運動、しんせん、失調、その他[])

(注) この様式は、脳性麻痺の場合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 紐結びテスト

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) ・上肢を体や肌には押し付けて固定してはいけない。

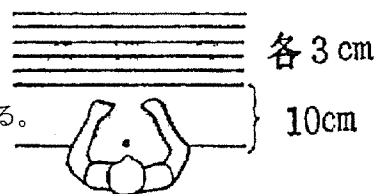
・手を机の上に浮かしてむすぶこと。

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。はさみ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。

大きめの爪きり(約10cm)で特別の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。