

身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

総括表

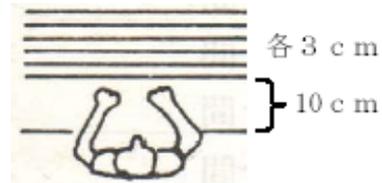
氏名	年 月 日生()歳	男 女
住所		
① 障害名(部位を明記)		
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日	場所
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見		
[将来再認定 要・不要] [再認定の時期 年 月]		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 指定医師氏名 (※) <small>(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</small>		
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) ・該当しない ※指数加算の場合は右欄に積算を記入		
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。		

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア ^{ひも}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}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。立位でなく座位のままでもよい。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。