

# 意見書(肢体)

年 月 日

医療機関名

医師名

ふりがな		男 女	生年 月日	年 月 日 才	職業	
氏名						
住所						
原傷病名						家族歴
障害名						
原因	戦傷、公務、産業、交通、戦災、疾病、 自然、事故、先天性			場所		
経過	手指の動作 階段の昇降 ※難病患者については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する 便所の動作(和、洋)					
現症						
損傷程度 1. 歩行能力の程度 ( m )      4. 下肢の長さ      右 cm 2. 起立位 ( 分 )      左 cm 3. 座位 ( )      5. 握力      右 kg 左 kg						
審査の結果	1 据装具の給付 2 更生医療の給付 3 施設入所           } は 適当 と認め } 不適当 る。					
年 月 日 <input type="checkbox"/> 判定医						

関節の運動範囲						
部 位	運動の種類	関節運動範囲		更生 医療	要 否	
		右	左			
肩 関節	前 挙			補 装 具	要 否	
	外 挙					
	後 挙					
肘 関節	屈 曲			訓練 指導	要 否	機能訓練、職業訓練、 生活指導
	伸 展					
前 腕	回 内			一般 医療	要 否	
	回 外					
手 関節	背 屈			就 職	可 否	
	掌 屈					
股 関節	屈 曲			その他		
	伸 展					
	内 転					
膝 関節	外 転					
	屈 曲					
足 関節	伸 展					
	背 屈					
	底 屈					

