

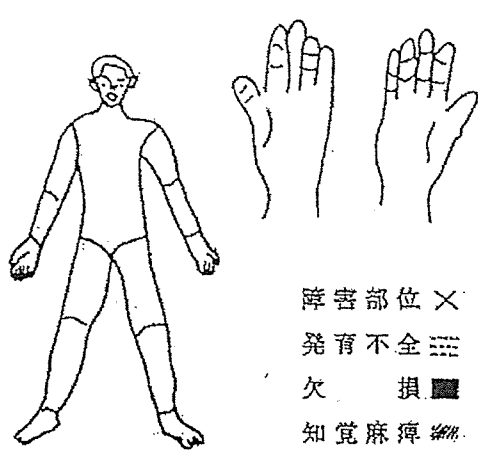
意見書 (肢体)

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	※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患(難病等)に該当 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない)						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	<p style="text-align: right;">手指の動作 階段の昇降 便所の動作(和、洋)</p> <p>※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</p>							
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)		5. 握力		左	cm			
3. 座位 ()				右	kg			
				左	kg			
審査の結果 { <ul style="list-style-type: none"> 1 補装具の給付 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				
		右	左			
肩 関 節	前 拳			 <p>障害部位 × 発育不全 ≡≡≡ 欠 損 ■ 知覚麻痺 〰〰〰</p>		
	外 拳					
	後 拳					
肘 関 節	屈 曲			更生医療	要 否	
	伸 展					
前 腕	回 内			補装具	要 否	
	回 外					
手 関 節	背 屈			訓練指導	要 否	機能訓練、職業訓練、 生活指導
	掌 屈					
股 関 節	屈 曲			一般医療	要 否	
	伸 展					
	内 転					
膝 関 節	外 転			就 職	可 否	
	屈 曲					
足 関 節	伸 展			その他		
	背 屈					
足 関 節	底 屈					