

意見書1肢1－①

(表)

意見書(肢体)

【記入例】

平成 年 月 日

(1)「麻痺の場合」

医療機関名 ○○病院

医師名 印

ふりがな	いしみね たろう	男	生	年	明大昭平	○年	○月	○日	○才	職業	農業
氏名	石嶺 太郎	女	月	日	○年	○月	○日	○才			
住所	読谷村字○○1234番地										
原傷病名	脳卒中									家族歴	
障害名	右片麻痺										
原因	戦傷、公務、産業、交通、戦災、 <u>疾病</u> 、自然、事故、先天性								場所		
経過											
平成○年○月○日、脳卒中発症。○○病院にて○○手術を施行。 平成○年○月まで○○病院でリハビリを受ける。											
手指の動作 右手は麻痺 階段の昇降 可能 便所の動作(和、 <u>洋</u>) 可能											
現 症											
日常生活動作能力の程度(入浴、食事、着脱、トイレ等) 麻痺や変形、その他神経反射、筋力、装具の使用状況等											
損 傷 程 度											
(脚の長さには左右差がある方は必ず記入して下さい)											
1. 歩行能力の程度 (m)											
2. 起立位 (分)											
3. 座位 ()											
4. 下肢の長さ 右 cm 左 cm											
5. 握力 右 kg 左 kg											
(全障害記入)											
審査の結果 { 1 補装具の給付 2 更生医療の給付 3 施設入所 } は 適 当 と認める。 不適当											
平成 年 月 日											
(身体障害者更生相談所が記入) 判定医 印											

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 挙	他 動 範 囲 を 記 入		 障害部位 × 発育不全 ≡≡≡ 欠 損 ■ 知覚麻痺 //				
	外 挙							
	後 挙							
肘 関 節	屈 曲							
	伸 展					更生医療	要 否	
前 腕	回 内							
	回 外					補装具	要 否	右短下肢装具
手 関 節	背 屈							
	掌 屈					訓練指導	要 否	機能訓練、職業訓練、 生活指導
股 関 節	屈 曲							
	伸 展			一般医療	要 否			
	内 転							
	外 転			就 職	可 否			
膝 関 節	屈 曲			その他				
	伸 展							
足 関 節	背 屈							
	底 屈							