

<那覇市作成記入例>

意見書(肢体)

記載医師個人印

平成〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関名 〇〇病院

医師名 〇〇 〇〇 印

処方箋と同じ医師であること

ふりがな	な は た ろ う	男	生 年 月 日	明 大 昭 平	〇 年 〇 月 〇 日 〇 才	職業	会社員
氏 名	那覇 太郎	女					
住 所	那覇市泉崎1-1-1						
原傷 病名	脳出血後遺症						家族歴
※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患(難病等)に該当 (☐ する ・ ☒ しない)							
障害名	右上肢、下肢機能障害 (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							
例) 〇〇年〇月〇日に左被殻出血を発症し入院となり、〇月〇日手術 施行。 右片麻痺によりリハビリ行い、〇〇年〇月〇日から施設入所中。							
						手指の動作	全廃
						階段の昇降	不能
						便所の動作(和、 <u>洋</u>)	見守り
※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							
現 症							
例) 右上下肢機能は全廃である。 日常生活移動は車椅子を使用している。移乗の際には見守りが必要である。 排泄は自立している。更衣整容、入浴で一部介助を要する。 失語症あり、言語のみでは日常会話は困難である。							
損 傷 程 度							
1. 歩行能力の程度 (〇 m)		4. 下肢の長さ		右	77	cm	
				左	77	cm	
2. 起 立 位 (〇 分)		5. 握 力		右	—	kg	
3. 座 位 (長時間可能)				左	35.8	kg	
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							
※沖縄県身体障害者更生相談所が記入							
□ 判定医 印							

障害部位の図への記入をすること

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	85°	150°	更生医療	要 否	注意！既製品の場合は『既製品』と記入すること 車椅子(普通型)
	外 挙	60°	130°			
	後 挙	40°	60°			
肘 関 節	屈 曲	115°	135°	補装具	要 否	機能訓練、職業訓練、生活指導
	伸 展	-5°	0°			
前 腕	回 内	90°	90°	訓練指導	要 否	
	回 外	80°	90°			
手 関 節	背 屈	60°	70°	一般医療	要 否	
	掌 屈	50°	90°			
股 関 節	屈 曲	105°	110°	就 職	可 否	
	伸 展	-30°	0°			
	内 転	5°	20°	その他		
	外 転	30°	25°			
膝 関 節	屈 曲	125°	130°			
	伸 展	-5°	0°			
足 関 節	背 屈	50°	20°			
	底 屈	40°	50°			