

意見書 (肢体)

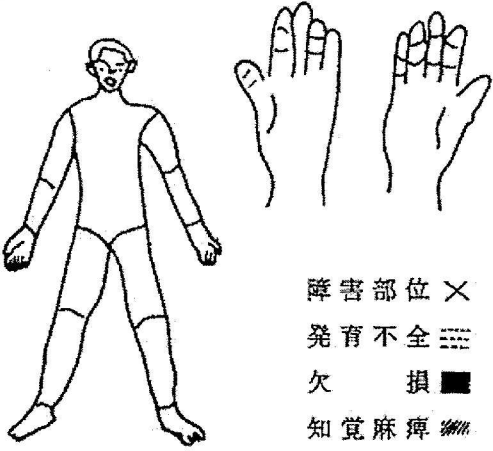
年 月 日

医療機関名

醫師名

印

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（ ☐ する・ ☐ 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									
								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		
						左	cm		
2. 起立位（ 分）									
3. 座位（ ）				5. 握力		右	kg		
						左	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									
年 月 日 □ 判定医 印									

関節の運動範囲						
部 位	運 動 の 種 類	関節運動範囲		 障害部位 × 発育不全 ≡≡≡ 欠 損 ■ 知覚麻痺 〰〰〰		
		右	左			
肩 関 節	前 挙			更生 医療	要 否	
	外 挙					
	後 挙			補 装 具	要 否	
肘 関 節	屈 曲					
	伸 展			訓練 指導	要 否	機能訓練、職業訓練、 生活指導
前 腕	回 内					
	回 外			一般 医療	要 否	
手 関 節	背 屈					
	掌 屈			就 職	可 否	
股 関 節	屈 曲					
	伸 展			その他		
	内 転					
	外 転					
膝 関 節	屈 曲					
	伸 展					
足 関 節	背 屈					
	底 屈					