

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 便所の動作(和、洋) ※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						
損傷程度 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						
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 不適當 る。 年　　月　　日 □ 判定医 印						

関節の運動範囲				 障害部位 × 発育不全 ≡ 欠 損 ■ 知覚麻痺 ///			
部 位	運 動 の 種 類	関節運動範囲					
		右	左				
肩 関 節	前 挙				更生 医療	要 否	
	外 挙						
	後 挙						
肘 関 節	屈 曲						
	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						
	外 転						
膝 関 節	屈 曲				就 職	可 否	
	伸 展						
足 関 節	背 屈						
	底 屈						
				その他			