

# <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

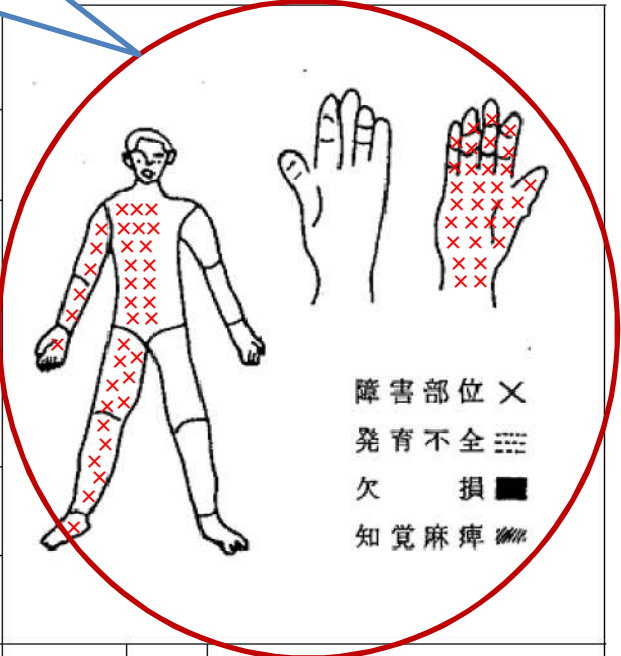
医療機関名 〇〇病院

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 日	明 大 昭 平		職業	会社員			
氏 名	那 覇 太 郎				女	〇			年	〇	月
住 所	那 覇 市 泉 崎 1-1-1								難病等に該当する場合は、「する」にレ点		
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 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input checked="" type="checkbox"/> 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、 <b>疾病</b> 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、 <b>洋</b> ) 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			
2. 起立位 ( 〇 分 )			5. 握力			左	77	cm			
3. 座位 ( 長時間可能 )						右	—	kg			
						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°	 <p>障害部位 ×            発育不全 - - -            欠 損 ■            知覚麻痺 ~~~</p>					
	外 挙	60°	130°						
	後 挙	40°	60°						
肘 関 節	屈 曲	115°	135°						
	伸 展	-5°	0°				更生医療	要 否	<div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>注意！既製品の場合は『既製品』と記入すること</b> </div>
前 腕	回 内	90°	90°				補装具	要 否	
	回 外	80°	90°						
手 関 節	背 屈	60°	70°				訓練指導	要 否	機能訓練、職業訓練、生活指導
	掌 屈	50°	90°						
股 関 節	屈 曲	105°	110°				一般医療	要 否	
	伸 展	-30°	0°						
	内 転	5°	20°						
膝 関 節	外 転	30°	25°	就 職	可 否				
	屈 曲	125°	130°						
	伸 展	-5°	0°						
足 関 節	背 屈	50°	20°	その他					
	底 屈	40°	50°						