

意見書 (肢体)

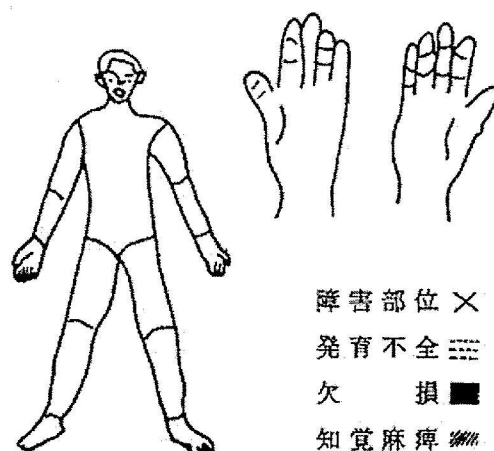
年 月 日

医療機関名

医師名

印

ふりがな									
氏名	男 女	生 月	年 日	年 月 日	才	職業			
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 (<input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> 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	※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								
手指の動作									
階段の昇降									
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)	5. 握力	右	kg					
3. 座位 ()		左	kg					
審査の結果 { <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; border: none;"> <tr><td style="border: none;">1 補装具の給付</td></tr> <tr><td style="border: none;">2 更生医療の給付</td></tr> <tr><td style="border: none;">3 施設入所</td></tr> </table> } は 適 当 と認 め る。 / 不 適 当							1 補装具の給付	2 更生医療の給付	3 施設入所
1 補装具の給付									
2 更生医療の給付									
3 施設入所									
			年	月	日				
<input type="checkbox"/> 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 拳					
	外 拳					
	後 拳					
肘関節	屈 曲			更生医療	要 否	
	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			就 職	可 否	
	外 転					
膝関節	屈 曲			その他		
	伸 展					
足関節	背 屈					
	底 屈					