

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 年 月 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									
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)		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 { <ul style="list-style-type: none"> 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									
<input type="checkbox"/> 判定医									
印									

関節の運動範囲				 <p>障害部位 × 発育不全 III 欠損 ■ 知覚麻痺 //</p>					
部位	運動の種類	関節運動範囲					更生医療	要否	
		右	左						
肩関節	前挙								
	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								
膝関節	外転			就職	可否				
	屈曲								
足関節	伸展			その他					
	背屈								
足関節	底屈								