

総括表

氏 名	年 月 日生	男 女
住 所		
① 障害名(部位を明記)		
② 原因となった 疾病・外傷名	交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災 自然災害、疾病、先天性、その他()	
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日	場 所
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)		
		障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日
⑤ 総合所見		
		[将来再認定 要・不要] (再認定の時期 年 月)
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付けます。		
年 月 日		
病院又は診療所の名称		
所 在 地		
診療担当科名 科 医師氏名		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕		
障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に		
・該当する (級相当)		
・該当しない		
備考 1 障害名には現在起っている障害、例えば、両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。		
2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別紙)を添付してください。		
3 障害区分や等級決定のため、富山市社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分についてお問い合わせする場合があります。		

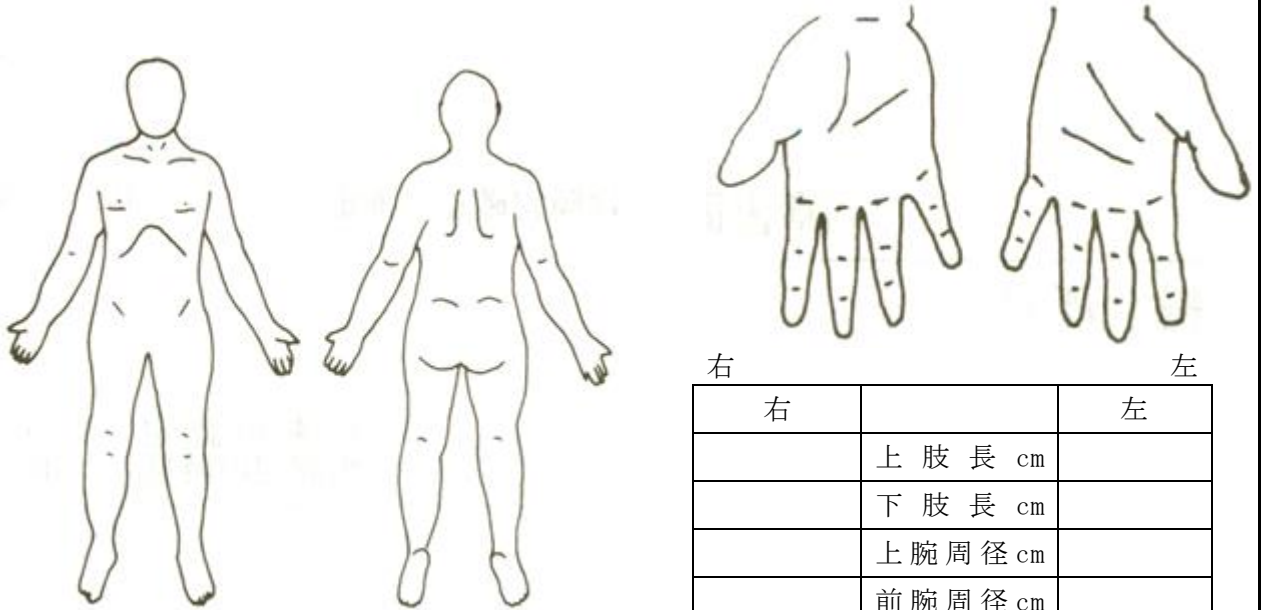
肢体不自由の状況及び所見

神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見

(該当するものを○で囲み、下記の空欄に追加所見を記入してください。)

- 1 感覚障害(下記図示) : なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- 2 運動障害(下記図示) : なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- 3 起因部位 : 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- 4 排尿・排便機能障害 : なし・あり
- 5 形態異常 : なし・あり

参 考 図 示



右		左
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	
	握力kg	

×変形 ■切離断 ▨感覚障害 ▨運動障害

(注)関係ない部分は記入不要

動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、()の中のものを使う時は、それに○

寝返りする	シャツを着て脱ぐ	
足をなげ出して座る	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
椅子に腰掛ける	ブラッシで歯を磨く(自助具)	
立つ(手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具)	顔を洗いタオルでふく	
家の中の移動(壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車椅子)	タオルを絞る	
洋式便器に座る	背中を洗う	
排せつの後始末をする	2階まで階段を上って下りる(手すり、杖、松葉杖)	
(はしで)食事をする(スプーン、自助具)	屋外を移動する(家の周辺程度)(杖、松葉杖、車椅子)	
コップで水を飲む	公共の乗物を利用する	

(注)身体障害者福祉法の等級は機能障害(impairment)のレベルで設定されますので、()の中に○が付いている場合、原則として自立していないという解釈になります。

計測法

- 上肢長 : 肩峰→^{とう}橈骨茎状突起 前腕周径 : 最大周径
- 下肢長 : 上前^{きよく}腸骨^{けい}棘→(脛骨)内果 大腿周径 : 膝蓋骨上縁上10cmの周径 (小児等の場合は別記)
- 上腕周径 : 最大周径 下腿周径 : 最大周径

