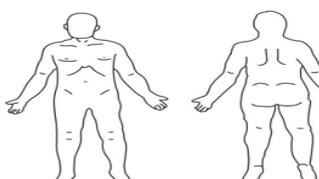
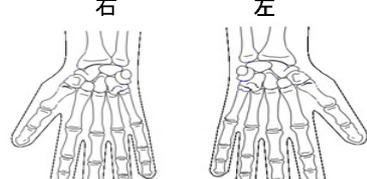
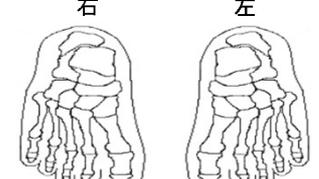


様式第3号

(表 面)

特別児童扶養手当認定診断書

(肢体不自由用)

(ふりがな) 氏 名		生年月日		平成・令和 年 月 日生( 歳)		性別	男・女					
住 所		住所地の郵便番号 ( - )		都道府県		郡市区						
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病発生年月日		平成・令和 年 月 日		・診療録で確認 ・本人の申立て						
				③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		平成・令和 年 月 日		・診療録で確認 ・本人の申立て				
④ 傷病の原因又は誘因		初診年月日(平成・令和 年 月 日)		⑤ 既存障害		⑥ 既往症						
⑦ 傷病が治った(症状が固定して治療の効果が期待できない状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 …………… 治った日 平成・令和 年 月 日				確定推定						
		傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込				有 ・ 無 ・ 不明						
⑧ 診断書作成医療機関における初診時所見 初診年月日 (平成・令和 年 月 日)												
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項				診療回数		年間 回 月平均 回						
⑩ 計 測 (令和 年 月 日計測)		身長 体重		cm kg	血 圧	最 高 最 低	mmHg mmHg					
障害の状態(令和 年 月 日 現症)												
⑪ 切断又は離断・変形・麻痺												
	切断又は離断日 平成・令和 年 月 日		創面治ゆ日 平成・令和 年 月 日		■ 切断	× 変形	▨ 感覚麻痺	▨ 運動麻痺				
	切断又は離断の場合の神経・運動障害		断端の痛み 有・無		すぐ上の関節の異常 有・無		(有の場合は⑫に記入してください)					
	外 観		弛緩性 ・ 痙直性 ・ 不随意運動性 ・ 失調性 ・ 強剛性 ・ しんせん性									
	起 因 部 位		脳性 ・ 脊髄性 ・ 末梢神経性 ・ 筋性 ・ その他 (心因性ものと思われる場合は、その旨記載してください。)									
	種 類 及 び そ の 程 度		知覚麻痺 ( 脱失 ・ 鈍麻 ・ 過敏 ・ 異常 ) 運動麻痺									
	反 射		右		左							
			上 肢	下 肢	ハビンスキー反射	その他の病的反射	上 肢	下 肢				
	そ の 他		排尿障害 有・無		排便障害 有・無		褥創又はその瘢痕 有・無					
	⑫ 脊柱の障害	脊 柱 の 可 動 域						随伴する脊髄・根症状などの臨床症状				
部 位		前屈	後屈	右側屈	左側屈	右回旋	左回旋					
頸部												
⑬ 人工骨頭・人工関節の装着の状態	部 位		⑭ 握 力		右		左					
	手 術 日 令和 年 月 日				kg		kg					
⑮ 手(足)指関節の他動可動域	部 位		母 指		示 指		中 指		環 指		小 指	
			屈曲	伸展	屈曲	伸展	屈曲	伸展	屈曲	伸展	屈曲	伸展
	中手(足)指節間関節(MP)		右									
	近位指節間関節(PIP) (母指では指節間関節)		右									

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

障害の状態(平成・令和 年 月 日 現症)

⑩ 部位		運動の種類	右					左								
			関節可動域(角度)		筋力			関節可動域(角度)		筋力						
			強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失	強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失
⑪ 可動域及び筋力	肩関節	屈曲														
		伸展														
		内転														
		外転														
	肘関節	屈曲														
		伸展														
	前腕	回内														
		回外														
	手関節	背屈														
		掌屈														
	股関節	屈曲														
		伸展														
		内転														
		外転														
膝関節	屈曲															
	伸展															
足関節	背屈															
	底屈															
⑫ 四肢長及び四肢囲			右				左									
			上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲	上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲		
			cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm		
⑬ 日常生活における動作		補助用具を使用しない状態で判断してください。		一人でもうまくできる場合には.....「○」 一人できてもやや不自由な場合には.....「○△」 一人できると非常に不自由な場合には.....「△×」 一人では全くできない場合には.....「×」												
⑭ 日常生活における動作の障害程度	日常生活における動作		右	左	日常生活における動作		右	左								
	つまむ (新聞紙が引き抜けない程度)				片足で立つ											
	握る (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)				座る(正座、横すわり、あぐら、脚なげだし)											
	タオルを絞る (水をきれの程度)	両手			(このような姿勢を継続する)											
	ひもを結ぶ	両手			深くおじぎ(最敬礼)をする											
	さじで食事をする				歩く(屋内)											
	顔に手のひらをつける				歩く(屋外)											
	用便の処置をする(スポンの前のところに手をやる)				立ち上がる	ア 支持なし イ 支持があればできる ウ 支持があればできる エ 支持があってもできない	イ 支持があればできる ウ 支持があればできる エ 支持があってもできない									
	用便の処置をする(尻のところに手をやる)															
	上衣の着脱(かぶりシャツを着て脱ぐ)	両手			階段を上る	ア 支持なし イ 支持があればできる ウ 支持があればできる エ 支持があってもできない	イ 支持があればできる ウ 支持があればできる エ 支持があってもできない									
上衣の着脱(ワイシャツを着てボタンをとめる)	両手															
スポンの着脱(どのような姿勢でもよい)	両手			階段を下りる	ア 支持なし イ 支持があればできる ウ 支持があればできる エ 支持があってもできない	イ 支持があればできる ウ 支持があればできる エ 支持があってもできない										
靴下を履く(どのような姿勢でもよい)	両手															
⑮ 補助用具使用状況	該当する数字を○で囲み、右のA・Iのいずれかの使用状況を選び、[ ]内に記載してください。					左記の使用状況について、詳しく記入してください。										
	1 [ ] 上肢補装具	2 [ ] 下肢補装具(左・右)	3 [ ] 杖( )		4 [ ] 松葉杖(左・右)	5 [ ] 車椅子		6 [ ] 歩行車	7 [ ] その他(具体的に )		8 補助用具は使用していない					
⑯ その他の精神・身体の障害の状態																
⑰ 現症時の日常生活活動能力(必ず記入してください。)		(補助用具を使用しない状態で判断してください。)														
⑱ 予後(必ず記入してください。)																
⑳ 備考																

上記のとおり診断します。 令和 年 月 日  
 病院又は診療所の名称 診療担当科名  
 所在地 医師氏名

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

