

肢

国民年金
厚生年金保険

診 断 書 (肢体の障害用)

(フリガナ)氏名	住所		生年月日	昭和 平成	年	月	日生(歳)	性別	男・女	
住所	住所地の郵便番号	都道府県	市区							
① 障害の原因となった傷病名	② 傷病の発生年月日		昭和 平成	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		昭和 平成	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(昭和・平成)	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	年	月	日	確認	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 (昭和・平成 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	治療回数							年間	回	
								月平均	回	
⑩ 計測	身長	cm	体重	kg	血圧	最高	mmHg	最低	mmHg	
障 害 の 状 態 (平成 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	年	月	日	切断		× 変形	
	創面治ゆ日		平成	年	月	日	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⑩欄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((心因性のもと思われる場合は、その旨を右に記入してください。))							
	種類及びその程度		感覚麻痺(脱失・鈍麻・過敏・異常)				運動麻痺			
	反 射		右				左			
			上肢	下肢	バビンスキー反射	その他の病的反射	上肢	下肢	バビンスキー反射	その他の病的反射
	そ の 他		排尿障害	有・無	排便障害	有・無	褥創又はその癒痕 有・無			
	⑫ 脊柱の障害	脊 柱 の 他 動 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		手 術 日 平成 年 月 日				⑭ 握 力		右	左
									kg	kg
⑮ 他動可動域(手足指関節の)	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
	中手(足)指節間関節(MP)	右								
		左								
近位指節間関節(PIP)(母指では指節間関節)	右									
	左									

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

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。)

(お願い) 関節可動域は、健側についても記入してください。

障 害 の 状 態 (平成 年 月 日 現症)														
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
⑩ 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													
⑪	右						左							
四肢長及び四肢囲	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		
⑫	<p style="color: red; font-weight: bold;">補助用具を使用しない状態で判断してください。</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <p>一人ですまることができる場合には 「○」</p> <p>一人でできてもやや不自由な場合には 「○△」</p> <p>一人でできるが非常に不自由な場合には 「△×」</p> <p>一人で全くできない場合には 「×」</p> </div> <div style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">(該当する記号を下欄に記入してください。)</p> </div> </div>													
日常生活における動作の障害の程度	日常生活における動作			右	左	日常生活における動作			右	左				
	a	つまむ	(新聞紙が引き抜けない程度)			m	片足で立つ							
	b	握る	(丸めた週刊誌が引き抜けない程度)			n	座る [正座、横すわり、あぐら、脚なげだし]							
	c	タオルを絞る	(水をきれいの程度)	両手		(このような姿勢を継続する)								
	d	ひもを結ぶ		両手		o	深くおじぎ (最敬礼) をする							
	e	さじで食事をする				p	歩く (屋内)							
	f	顔を洗う	(顔に手のひらをつける)			q	歩く (屋外)							
	g	用便の処置をする	(ズボンの前のところに手をやる)			r	立ち上がる	ア 支持なし イ 支持があればできるがやや不自由 ウ 支持があればできるが非常に不自由 エ 支持があってもできない						
	h	用便の処置をする	(尻のところに手をやる)			s	階段を上る	ア 手すりなし イ 手すりがあればできるがやや不自由 ウ 手すりがあればできるが非常に不自由 エ 手すりがあってもできない						
	i	上衣の着脱	(かぶりシャツを着て脱ぐ)	両手		t	階段を下りる	ア 手すりなし イ 手すりがあればできるがやや不自由 ウ 手すりがあればできるが非常に不自由 エ 手すりがあってもできない						
	j	上衣の着脱	(ワイシャツを着てボタンをとめる)	両手										
	k	ズボンの着脱	(どのような姿勢でもよい)	両手										
	l	靴下を履く	(どのような姿勢でもよい)	両手										
平衡機能	1 閉眼での起立・立位保持の状態			2 開眼での直線の10m歩行の状態				3 自覚症状・他覚所見及び検査所見						
	ア 可能である。			ア まっすぐ歩き通す。										
	イ 不安定である。			イ 多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうか歩き通す。										
ウ 不可能である。			ウ 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。											
⑬	該当する数字を○で囲み、右のア・イのいずれかの使用状況を選び、〔 〕内に記載してください。						使用状況を詳しく記入してください。							
補使用用具状況	1 [] 上肢補装具	2 [] 下肢補装具 (左・右)	〔ア 常時 (起床より就寝まで) 使用 イ 常時ではないが使用〕											
	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													
⑭	その他の精神・身体の障害の状態													
⑮	現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)													
⑯	予 後 (必ず記入してください。)													
⑰	備 考													

股関節屈曲
値は次のどちらですか。
1 膝屈曲位
2 膝伸展位

上記のとおり、診断します。
病院又は診療所の名称
所 在 地

平成 年 月 日

診療担当科名
医師氏名 印