

意見書(肢体)

年 月 日

医療機関名

医師名

ふりがな		男 女	生年 月日	年月日才	職業	
氏名						
住所						
原傷病名						家族歴
※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患(難病等)に該当 (□する・□しない)						
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) <small>※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</small>					
現症						
損傷程度 1. 歩行能力の程度 (m) 4. 下肢の長さ 右 cm 2. 起立位 (分) 左 cm 3. 座位 () 5. 握力 右 kg 左 kg						
審査の結果 1 换装具の給付 2 更生医療の給付 3 施設入所 } は 適当 と認め 不適当 る。						
年 月 日 <input type="checkbox"/> 判定医						

関節の運動範囲						
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 拳			捕 装 具	要 否	
	外 拳					
	後 拳					
肘 関 節	屈 曲			訓練指導	要 否	機能訓練、職業訓練、生活指導
	伸 展					
前 腕	回 内			一般医療	要 否	
	回 外					
手 関 節	背 屈			就 職	可 否	
	掌 屈					
股 関 節	屈 曲			その他		
	伸 展					
	内 転					
	外 転					
膝 関 節	屈 曲					
	伸 展					
足 関 節	背 屈					
	底 屈					

