

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 不適当 と認め 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			補 装 具	要 否
	外 拳				
	後 拳				
肘 関 節	屈 曲			訓練指導	要 否
	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				

