

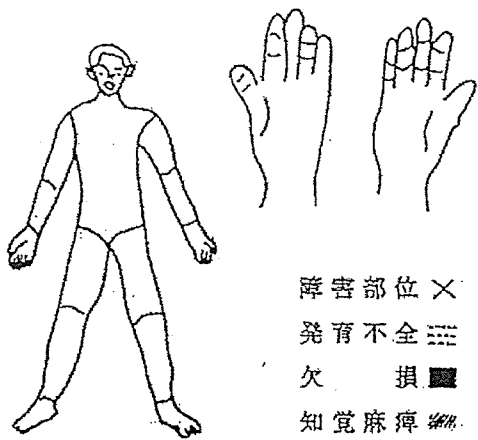
# 意見書(肢体)

年 月 日

医療機関名

医師名

ふりがな			男	生	年		日		才	職業		
氏名		女	月	日	年	月	日					
住所												
原傷病名	※障害者総合支援法の対象となる特殊疾患(難病等)に該当 ( <input type="checkbox"/> する ・ <input type="checkbox"/> しない )									家族歴		
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)											
※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												
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)				5. 握力				左	cm			
3. 座位 (            )								右	kg			
								左	kg			
審査の結果 { <ul style="list-style-type: none"> <li>1 補装具の給付</li> <li>2 更生医療の給付</li> <li>3 施設入所</li> </ul> }						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		 障害部位 × 発育不全 ≡≡≡ 欠 損 ■ 知覚麻痺 〰〰〰		
		右	左			
肩関節	前 拳					
	外 拳					
	後 拳					
肘関節	屈 曲			更生医療	要 否	
	伸 展					
前 腕	回 内			補装具	要 否	
	回 外					
手関節	背 屈			訓練指導	要 否	機能訓練、職業訓練、 生活指導
	掌 屈					
股関節	屈 曲			一般医療	要 否	
	伸 展					
	内 転					
膝関節	外 転			就 職	可 否	
	屈 曲					
足関節	伸 展			その他		
	背 屈					
	底 屈					