

# 意見書 (肢体)

## 【記入例】

### (1)「麻痺の場合」

令和 年 月 日  
 ① 医療機関名 ○○病院  
 医師名

医師名は直筆でのサインをお願いします

ふりがな	いしみね たろう		(男)	生 年 日	明大 昭平	○年 ○月 ○日 ○才	職業	農 業
氏 名	石嶺 太郎		女	○年 ○月 ○日 ○才				
住 所	読谷村字○○1234番地							
原傷病名	② 脳卒中						家族歴	
障害名	右片麻痺							
原因	戦傷、公務、産業、交通、戦災、 <u>疾病</u> 、自然、事故、先天性					場所		
経 過	③ 平成○年○月○日、脳卒中発症。○○病院にて○○手術を施行。 平成○年○月まで○○病院でリハビリを受ける。						手指の動作 右手は麻痺 階段の昇降 可能 便所の動作(和、 <u>洋</u> ) 可能	
現 症	日常生活動作能力の程度(入浴、食事、着脱、トイレ等) 麻痺や変形、その他神経反射、筋力、装具の使用状況等							
損 傷 程 度	1. 歩行能力の程度 ( m )			2. 起立位 ( 分 )			3. 座位 ( )	
				4. 下肢の長さ			5. 握力	
				右 cm		左 cm		} (全障害記入)
				右 kg		左 kg		
審査の結果 { 1 補装具の給付 2 更生医療の給付 3 施設入所 } は 適 当 と認める。 不 適 当								
年 月 日								
(身体障害者更生相談所が記入)					判定医			

上肢障害ならば記入は不要・片麻痺は全て記入すること。

(脚の長さに左右差がある方は必ず記入して下さい)

4. 下肢の長さ 右 cm 左 cm  
 5. 握力 右 kg 左 kg } (全障害記入)

# 関節の運動範囲

部 位	運 動 の 種 類	関節運動範囲	
		右	左
肩 関 節	前 拳		
	外 拳		
	後 拳		
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		



他  
動  
範  
囲  
を  
記  
入

④

更生医療	要 否	
補装具	要 否	右短下肢装具 ⑤
訓練指導	要 否	機能訓練、職業訓練、 生活指導
一般医療	要 否	
就職	可 否	
その他		

関節可動域制限がある箇所は全て記載が必要。  
制限が特に無い場合は、空欄でお願いします