

身体障害者診断書・意見書

（ 肢 体 不 自 由 障 害 用 ）

総括表

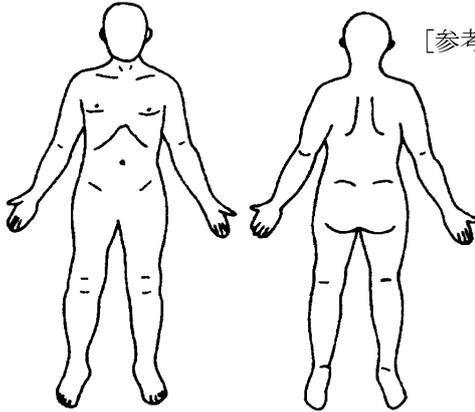
氏 名	年 月 日生（ ）歳	男・女										
住 所												
① 障害名 (障害のある身体部位も明記)												
② 原因となった 疾病・外傷名		交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他（ ）										
③ 疾病・外傷発生年月日		年 月 日・場所										
④ 参考となる経過・現症（リハビリを含め障害固定までの経過を明記してください。）												
障害固定又は障害確定（推定） 年 月 日												
⑤ 総合所見（上肢・下肢・体幹の機能の障害程度を具体的に記入してください。）												
【 将来再認定 要（軽減化・重度化）・ 不要 】（再認定時期 年 月）												
⑥ その他参考となる合併症状												
上記のとおり診断します。併せて以下の意見を付します。												
年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印												
身体障害者福祉法第15条第3項の意見 障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に ・該 当 す る （ 級相当） ・該 当 し な い		【障害程度等級についての参考意見】 <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="3" style="writing-mode: vertical-rl;">内 訳</td> <td>上肢</td> <td>右 級</td> <td>左 級</td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td>右 級</td> <td>左 級</td> </tr> <tr> <td>体幹</td> <td colspan="2">級</td> </tr> </table> ※ 四肢と体幹の 重複として上位 等級に編入する には注意を要す。	内 訳	上肢	右 級	左 級	下肢	右 級	左 級	体幹	級	
内 訳	上肢	右 級		左 級								
	下肢	右 級		左 級								
	体幹	級										
備考 1 「① 障害名」欄には、病名ではなく現在起こっている身体部位を含めた障害名、例えば右上下肢 麻痺、四肢体幹機能障害、移動機能障害等を記入してください。 2 「② 原因となった疾病・外傷名」欄には、脳梗塞、脊髄小脳変性症、脳性麻痺等原因となった基 礎疾患名を記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、横須賀市社会福祉審議会からお問い合わせする場合があります。												

肢体不自由の状況及び所見

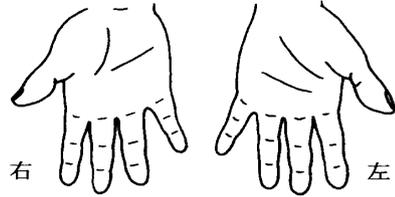
(該当するものを○で囲み、空欄に追加所見を記入してください。)

1 神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見

- (1) 感覚障害(下記図示): なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- (2) 運動障害(下記図示): なし・弛緩性麻痺・痙攣性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・その他
- (3) 起因部位: 脳・脊髄・末梢神経・筋肉・骨関節・その他
- (4) 排尿・排便機能障害: なし・あり
- (5) 形態異常: なし・脳・脊髄・四肢・その他



[参考図示]



備考2 指の切断の場合は、指骨間関節(PIP、IP)の有無を明記してください。

×変形 ■切断 ▨感覚障害 ▨運動障害

備考1 切断の場合は、前腕、上腕、大腿、下腿の1/2以上か否かを明記してください。

右		左
	上肢長 cm	
	下肢長 cm	
	上腕周径 cm	
	前腕周径 cm	
	大腿周径 cm	
	下腿周径 cm	
	握力 kg	

2 動作・活動 自立-○ 半介助-△ 全介助又は不能-× ()の中のものを使う時はそれに○

※ 身体障害者福祉法の等級は機能障害(impairment)のレベルで認定されますので()の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になります。

寝返りする		シャツを着て脱ぐ	
足を投げ出して座る		ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
いすに腰掛ける		ブラッシで歯を磨く	
立つ(手すり、壁、杖、松葉杖、義肢、装具)		顔を洗いタオルで拭く	
家の中の移動(壁、杖、松葉杖、義肢、装具、車)		タオルを絞る	
洋式便器に座る		背中を洗う	
排泄の後始末をする		二階まで上って下りる(手すり、杖、松葉杖)	
(箸で)食事をする(スプーン、自助具)	右	左	屋外を移動する(家の周囲程度)(杖、松葉杖、車)
コップで水を飲む	右	左	公共の乗物を利用する

起立位及び歩行能力の状況(該当するものを○で囲む)

○起立位保持(補装具なしで) …①正常に可能 ②(1時間・30分・10分)以上可能 ③不能

○歩行能力(補装具なしで) ……①正常に可能 ②(2Km・1Km・100m)以上可能

※計測法

③ベッド周辺の歩行(可能・不能) ④歩行不能

上肢長: 肩峰→橈骨茎状突起

前腕周径: 最大周径

下肢長: 上前腸骨棘→(脛骨)内果

大腿周径: 膝蓋骨上縁上10cmの周径(幼児等の場合は胡頰部)

上腕周径: 最大周径

下腿周径: 最大周径

身体障害者手帳の申請手続きについてのご案内

身体障害者手帳の交付を申請するためには、障害者手帳を取得する方の以下ものが必要となります。

なお、診断書をおとりになっても、身体障害者手帳が交付されない場合がありますので、手帳取得要件・基準に該当しているか事前に指定医師にご相談ください。

身体障害者手帳は申請から交付まで約1カ月程度かかります。ご了承ください。

- ◎ **診断書** 申請日より3か月以内に身体障害者福祉法第15条に定める指定を受けた医師が記載したもの
(指定医師についてご不明の方は障害福祉課へお問い合わせください)
- ◎ **写真** 1枚
 - ・たて4cmよこ3cmのものでご本人の顔がはっきりと写っているもの(上半身を写したもの)
 - ・一年以内に撮影したもので、帽子等をかぶっていないもの。
- ◎ **マイナンバーのわかるもの**
マイナンバーカード、マイナンバー通知等
- ◎ **代理人の本人確認書類及び委任状など**
代理人が申請する場合のみ

補足

- 障害の区分(内容)によって診断書の種類が異なります。間違った種類の診断書をとっていただいても、障害者手帳は交付されない場合がありますのでご注意ください。
- 手帳取得に係る費用については自己負担となり、手帳交付対象とならなかった場合でも返金等は致しかねます。ご了承ください。

※ 申請窓口は、市役所分館1階の障害福祉課です。

TEL 046-822-8248