

総括表

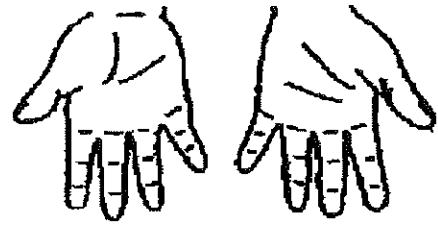
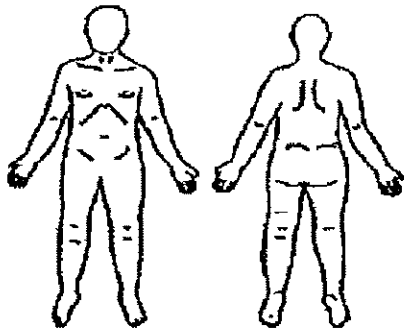
氏名	年 月 日生( )歳	男・女	
住所			
① 障害名(部位を明記)			
② 原因となった 疾病・外傷名			
交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他( )			
③ 疾病・外傷発生日			
年 月 日・場所			
④ 参考となる経過・現症(エックス線写真及び検査所見を含む。)			
障害固定又は障害確定(推定)			
年 月 日			
⑤ 総合所見			
〔 将来再認定 要・不要 〕 (再認定の時期 年 月) 人工関節等置換術(予定)日( 年 月 日)			
⑥ その他参考となる合併症状			
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。			
年 月 日			
病院又は診療所の名称			
所 在 地			
診療担当科名 科 医師氏名			
(印)			
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕			
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( 級担当)			
障害部位	等級	障害程度	指数
合計			
・該当しない			
注意			
1 障害名には、現在起っている障害、例えば両眼視力障害、両耳ろう、右上下肢麻痺、心臓機能障害等を記入し、原因となった疾病には、緑内障、先天性難聴、脳卒中、僧帽弁膜狭窄等原因となった疾患名を記入してください。			
2 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。			
3 人工関節等置換術(予定)日については、該当の場合のみ記入してください。			
4 障害区分や等級決定のため、佐賀県社会福祉審議会から改めて次頁以降の部分について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

神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見(該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入。)

- 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・あり

参 考 図 示



右 左

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	

×変形 ■ 切離断 ▨ 感覚障害 ▨ 運動障害

関係ない部分は記入不要

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○

寝返りをする	シャツを着て脱ぐ	
あしを投げ出して座る	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
椅子に腰かける	ブラッシで歯を磨く(自助具)	
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、車椅子)	タオルを絞る	
洋式便器にすわる	背中を洗う	
排泄の後始末をする	2階まで階段を上って下りる(手すり、杖、松葉杖)	
(箸で)食事をする(スプーン、自助具)	屋外を移動する(家の周辺程度)(杖・松葉杖、車椅子)	
コップで水を飲む	公共の乗り物を利用する	

注 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。

