

脳損傷又はせき髄損傷による障害の状態に関する意見書

氏名											生年月日	昭・平	年	月	日	男・女
障害の原因となった傷病名																
発生年月日	昭・平	年	月	日	初診年月日	昭・平	年	月	日							
上記傷病が治癒となった日					昭・平	年	月	日								
既存障害の有無	有 () ・ 無															
診断書作成医療機関における初診時所見(主訴及び症状)																
現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項																
脳・せき髄等に係る画像診断結果等(MRI、CT、X-P等による所見を記載して下さい。)																
麻痺の範囲等	運動障害の範囲		四肢・片・対(上肢・下肢)・単(上肢・下肢)													
	性状		弛緩性・痙性・不随意運動性・その他()													
	起因部位		脳・せき髄・末梢神経													
	関節可動域の制限 有・無 (自動・他動)	部位	肩		肘		手		股		膝		足			
		運動	屈伸	外転	屈伸	屈伸	屈伸	内外転	屈伸	屈伸						
		右														
	左															
	徒手筋力テスト(MMT) ※1	部位	肩		肘		手		股		膝		足			
		運動	屈曲	伸展	外転	屈曲	伸展	屈曲	伸展	内転	外転	屈曲	伸展	屈曲	伸展	
		右														
左																
感覚障害の範囲		四肢・片・対(上肢・下肢)・単(上肢・下肢)														
感覚障害の性状		脱失・鈍麻・その他()														
麻痺の程度 ※2	右上肢	高度・中等度・軽度・軽微 ()														
	左上肢	高度・中等度・軽度・軽微 ()														
	一下肢	高度・中等度・軽度・軽微 ()														
	両下肢	高度・中等度・軽度・軽微 ()														
神経因性膀胱障害又は神経因性直腸障害		有 () ・ 無														

高次脳機能障害	能力	程度	障害なし	わずかに喪失	多少喪失	相当程度喪失	半分程度喪失	大部分喪失	全部喪失
	意思疎通能力	とくに問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない	
	問題解決能力	とくに問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない	
	持続力・持久力	とくに問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない	
	社会行動能力	とくに問題ない	多少の困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが概ね自力でできる	困難はあるが多少の援助があればできる	困難はあるがかなりの援助があればできる	困難が著しく大きい	できない	
	※3	高次脳機能障害の状態について特筆すべき事項 (※4)							
介護の要否等 ※5	種類	介護の要否				介護が必要な場合には、その原因たる障害の状態 ※6			
	食事	自立・介護が必要							
	入浴	自立・介護が必要							
	用便	自立・介護が必要							
	更衣	自立・介護が必要							
	外出	自立・介護が必要							
	買物	自立・介護が必要							
その他の身体の障害の状態									

※3 : 各能力の判断の要点については、裏面の2に記載しているとおりです。
 また、裏面の3に載せている障害の程度別の例を参考に障害の程度を記載して下さい。
 ※4 : 後遺障害の状態、神経心理学検査の検査結果等を記載して下さい。
 ※5 : この欄は、障害等級3級以上の障害が認められる場合において使用するものです。
 したがって、高次脳機能障害や麻痺が重篤でない場合には記載の必要はありません。
 ※6 : 原因となっている障害の状態 (例:両上肢が完全麻痺)について記載して下さい。

※1 : 徒手筋力テストを行った場合には、障害のある四肢の各関節の運動ごとの結果を記入して下さい。
 ※2 : 麻痺の程度は、運動障害の程度により記載して下さい。運動障害の程度については、裏面の1の記載要領に従って記載して下さい。

上記のとおり診断いたします。

所在地
 名称
 診療科