様式第３号

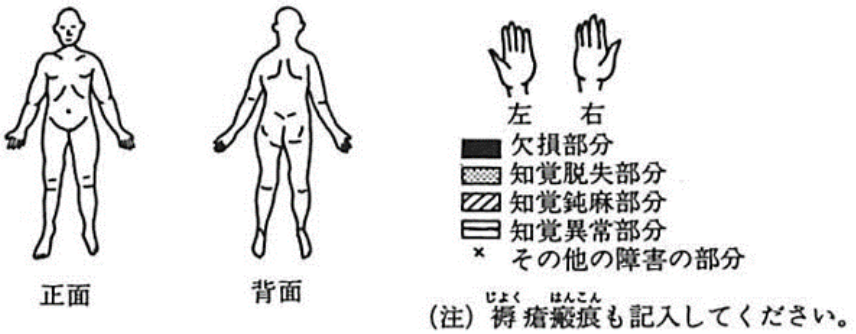
（表　　面）

障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（肢体不自由用）

（ふ　り　が　な） ① 氏　　名		男・女	②生　年　月　日	平成 令和　　年　　月　　日
③ 住　　所			④障害の原因となった傷病名	
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性（疾病・不慮災・労災・その他）		⑥傷　病　発　生 年　月　日	平成 令和　　年　　月　　日
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	平成 令和　　年　　月　　日		⑧ 将来再認定の要	有（　　年後）・　無

⑨　現　症

1



（注）褥瘡瘢痕も記入してください。

2　四肢周径（ｃｍ）

	上腕中央部	前腕最大部	大腿中央部	下腿最大部
右				
左				

3　四肢長（ｃｍ）

	上肢長	下肢長
右		
左		

4　神経学的所見

⑴　知覚障害……有　無（あれば上図に記入すること）

⑵　運動麻痺の種類（該当するものを○で囲んでください。）

弛緩性　痙性　失調性　不随意運動性　強剛（固縮）性　しんせん性

⑶　障害の起因部位（該当するものを○で囲んでください。）

脳性　脊髄性　末梢神経性　筋性　その他

⑷　諸反射検査

	上肢腱反射	下肢腱反射	バビンスキー反射	その他の病的反射
右				
左				

⑸　ぼうこう・直腸麻痺……有　無

5　体幹・四肢関節可動域

部位	運動の方向	可動域 右 自動	可動域 右 他動	可動域 左 自動	可動域 左 他動
肩関節					
肘関節					
前腕					
手関節					
股関節					
膝関節					
足関節					

部位	運動の方向	可動域 自動	可動域 他動
頸部			
胸腰部			

6　その他

⑩　日常生活動作の障害程度（補装具等を使用しない状態で判定すること。）

記号	
	ひとりでできる場合 ……○
	ひとりでできてもうまくできない場合…△
	ひとりでは全くできない場合……×

1　つまむ（新聞紙が引き抜けない程度）……右／左
2　握る（丸めた週刊誌が引き抜けない程度）……右／左
3　タオルを絞る（水をきれる程度）……両手
4　顔を洗う……
5　ひもを結ぶ……
6　はしで食事をする……右／左
7　さじで食事をする……右／左
8　握力……右／左
9　用便　小便（ズボンの前のボタンのところに手をやる）……
　　大便（臀（しり）のところに手をやる）……
10　かぶりシャツを着る脱ぐ……
11　シャツのボタンの止めはずし……
12　ズボンの着脱（どのような姿勢でもよい）……
13　靴下をはく（どのような姿勢でもよい）……
14　すわる（支えなしで正坐・横すわり・あぐら・脚なげ出し（このような姿勢を持続する））……
15　こしかける　可能　背もたれ　一要・不要／不能
16　深くおじぎをする……
17　立ち上る　可能　支持　一要・不要／不能
18　歩く（室内）……
19　階段をのぼる　可能　手すり　一要・不要／不能
20　階段をおりる　可能　手すり　一要・不要／不能

⑪　備　考

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

病院又は診療所の名称

所　在　地

診療担当科名　　医師氏名

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。障害者の障害の程度及び障害の認定に無関係な欄は記入する必要がありません。

◎ 字は楷書ではっきりと書いてください。

（裏　面）

注意

1　この診断書は、障害児福祉手当（福祉手当）の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は、障害者の障害の状態を証明するために使用されますが、記入事項に不明な点がありますと認定が遅くなることがありますので、詳しく記入してください。

2　○・×で答えられる欄は、該当するものを○で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはり付けてそれに記入してください。

3　⑦の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害者が障害の原因となった傷病について初めて医師の診断を受けた日を記入してください。前に他の医師が診断している場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。また、それが不明の場合には、その旨を記入してください。

4　⑨の欄は，次によつてください。

（1）　１の図は，障害の内容に応じてそれぞれの部位を塗りつぶしてください。

（2）　「四肢長」の測定は，上肢長については肩峰より橈骨茎状突起まで，下肢長については，腸骨前上棘より内果までの距離を測つてください。

（3）　４の「障害の起因部位」が心因性のものと思われる場合は，「その他」のところを○で囲んでください。

（4）　５の「体幹・四肢関節可動域」は，関節角度計を使用してください。また，運動障害のある部位について，運動の方向別に解剖学的肢位を０°（前腕については手掌面が矢状面にある状態を０°とし，肩関節の水平屈曲伸展計測については外転90°位を０°とする。）とした測定方法（昭和49年６月日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた測定方法）により測定した最大可動域を記入してください。

5　６の「その他」には，現疾患にかかわる変形や筋力の減弱等日常生活動作に直接関連を有する症状について記入してください。

6　⑩の欄の日常生活動作については，それぞれの状態に応じて○・△・×を記入してください。なお，15，17，19及び20の動作については，該当するものを○で囲んでください。