

脳

|                           |              |                           |
|---------------------------|--------------|---------------------------|
| のりづけ                      | (再交付の場合を除く。) | のりづけ                      |
| 写 真<br>(4cm×3cm)<br>脱帽のこと |              | 写 真<br>(4cm×3cm)<br>脱帽のこと |

写真の裏面に市町村名及び氏名を記入すること。  
写真の糊付けは塗りつぶし部分のみとする。

身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |                                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------|
| 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日生  | 男・女                                        |
| 住 所                                                                                                                                                                                                                                                                            | 市 郡 町 村 | 番地                                         |
| ① 障害名(部位を明記)                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                            |
| ② 原因となった<br>疾病・外傷名                                                                                                                                                                                                                                                             |         | 交通, 労災, その他の事故, 戦傷, 戦災,<br>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(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]                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |                                            |
| 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る。<br>年 月 日                                                                                                                                                                                                                                              |         |                                            |
| 病院又は診療所の名称                                                                                                                                                                                                                                                                     | 市 町     |                                            |
| 所 在 地                                                                                                                                                                                                                                                                          | 郡 村     | 番地                                         |
| 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〕<br>障害の程度は、身体障害者福祉法別表に掲げる障害に<br>・該当する ( ) 級相当)<br>・該当しない                                                                                                                                                                                 |         |                                            |
| 注意<br>1 障害名の欄には、右上下肢麻痺等現在起こっている障害を記入し、原因となった疾病・外傷の欄には、脳性小児麻痺等障害原因となった疾病等を記入するとともに、該当する事項を○で囲んでください(「その他」を囲んだ場合は( )内に具体的に記入してください。)<br>2 障害区分や等級決定のため、茨城県社会福祉審議会から改めて状況及び所見についてお問合せする場合があります。<br>3 この様式は、脳性麻痺及び乳児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用します。 |         |                                            |

脳原性運動機能障害の状況及び所見

(該当するものを○で囲む)

1 上肢機能障害

(1) 両上肢機能障害

<ひも結びテスト結果>

1度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

2度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

3度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

4度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

5度目の1分間 \_\_\_\_\_ 本

計 \_\_\_\_\_ 本

(2) 一上肢機能障害

<5動作の能力テスト結果>

a 封筒をはさみで切る時に固定する。 (・可能・不可能)

b 財布からコインを出す。 (・可能・不可能)

c 傘をさす。 (・可能・不可能)

d 健側の爪<sup>つめ</sup>を切る。 (・可能・不可能)

e 健側のそで口のボタンを留める。 (・可能・不可能)

2 移動機能障害

<下肢・体幹機能評価結果>

a つたい歩きをする。 (・可能・不可能)

b 支持なしで立位を保持しその後10m  
歩行する。 (・可能・不可能)

c いすから立ち上り10m歩行し再び椅子に座る。 (・可能・不可能)  
\_\_\_\_\_ 秒

d 50cm幅の範囲内を直線歩行する。 (・可能・不可能)

e 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上がる。 (・可能・不可能)

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

1 ひも結びテスト

事務用とじひも(概ね43cm規格のもの)を使用する。

① とじひもを机の上, 被験者前方に図のように置き並べる。

② 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで, 軽く一結びする。

(注) ○上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

○手を机の上に浮かして結ぶこと。



③ 結び目の位置は問わない。

④ ひもが落ちたり, 位置から外れたときには検査担当者が戻す。

⑤ ひもは検査担当が随時補充する。

⑥ 連続して5分間行っても, 休み時間を置いて5回行ってもよい。

2 5動作の能力テスト

a 封筒をはさみで切る時に固定する。

患手で封筒をテーブル上に固定し, 健手ではさみを用い封筒を切る。

患手を健手で持って封筒の上に載せてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。はさみはどのようなものを用いてもよい。

b 財布からコインを出す。

財布を患手で持ち, 空中に支え(テーブル面上ではなく), 健手でコインを出す。ジッパーを開けて閉めることを含む。

c 傘をさす。

開いている傘を空中で支え, 10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく座位のままでもよい。肩に担いではいけない。

d 健側の爪を切る。

大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

e 健側のそで口のボタンを留める。

のりの効いていないワイシャツを健肢にそでだけ通し, 患手でそで口のボタンを掛ける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。