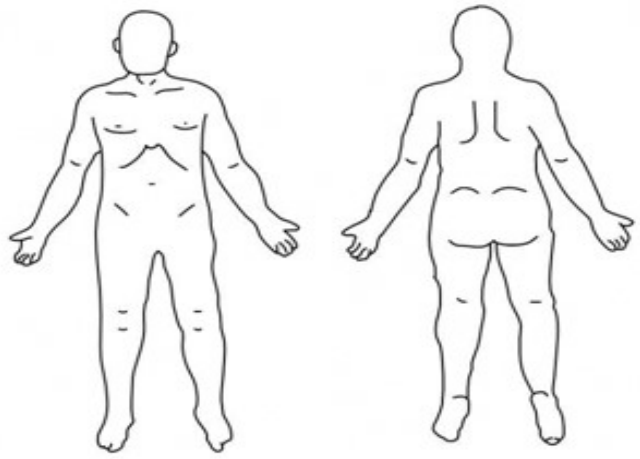
様式第3号

障害児福祉手当(福祉手当)認定診断書(肢体不自由用)

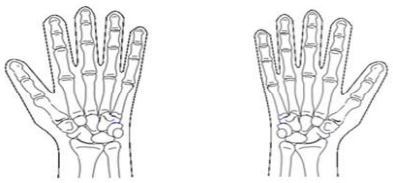
① (ふりがな) 氏名		男・女	② 生年月日	年 月 日
③ 住所			④ 障害の原因となった傷病名	
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性 (疾病・不慮災・労災・その他)		⑥ 傷病発生 年 月 日	年 月 日
⑦ ④のため初めて医師の診断を受けた日	年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有(年後)・無

⑨ 現症

1



正面　背面



左　右

欠損部分
知覚脱失部分
知覚鈍麻部分
知覚異常部分
× その他の障害の部分

(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

(1) 知覚障害 ・・・・・・・・・・・・ 有 無 (あれば上図に記入すること)

(2) 運動麻痺の種類 (該当するものを○で囲んでください。)

弛緩製 痙性 失調性 不随意運動性 強剛(固縮)性 しんせん性

(3) 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

(4) 諸反射検査

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

(5) 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
頚部			
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いかない場合 …… △
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 －　要 ・ 不要
　　└ 不能
16　深くおじぎをする …… ＿＿
17　立ち上がる ┬ 可能　支持 －　要 ・ 不要
　　└ 不能
18　歩く（室内） …… ＿＿
19　階段をのぼる ┬ 可能　手すり －　要 ・ 不要
　　└ 不能
20　階段をおりる ┬ 可能　手すり －　要 ・ 不要
　　└ 不能

⑪備考

上記のとおり、診断します。

年　月　日

病院又は診療所の名称

所在地

診療担当科名　　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。

※ 北海道審査欄（北海道記入）				
判定年月日 ・ ・				備考
判定結果	該当	非該当	保留	
有期期限	無期 ・ 年後再判定			

（20.12）

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　〇・×で答えられる欄は、該当するものを〇で囲んでください。記入しきれない場合は、別に紙片をはりつ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、それが不明な場合には、その旨を記入してください。

4　⑨の欄は、次によってください。

（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ってください。

（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」のところを〇で囲んでください。

（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〇・△・×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、該当するものを〇で囲んでください。