

別紙 4

脳原性運動機能障害用（脳原性運動機能障害の場合は、別紙 3 に加え添付すること。）
(該当するものを○で囲むこと。)

1 上肢機能障害

ア 両上肢機能障害

イ 一上肢機能障害

<ひも結びテスト結果>

< 5 動作の能力テスト結果>

1 度目の 1 分間_____本

a 封筒をはさみで切る時に固定する。 (・可能・不可能)

2 度目の 1 分間_____本

b 財布からコインを出す。 (・可能・不可能)

3 度目の 1 分間_____本

c 傘を差す。 (・可能・不可能)

4 度目の 1 分間_____本

d 健側の爪を切る。 (・可能・不可能)

5 度目の 1 分間_____本

e 健側のそで口のボタンを留める。 (・可能・不可能)

計 _____本

2 移動機能障害

<下肢・体幹機能評価結果>

- a 伝い歩きをする。 (・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 椅子から立ち上がり10m歩行し再び椅子に坐る。 (・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、しゃがみ込んで再び立ち上がる。 (・可能・不可能)

(注) この様式は、脳性麻痺の場合及び乳幼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する。

(備考) 上肢機能テストの具体的方法

ア ひも結びテスト

事務用とじひも（おおむね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、軽くひと結びする。

(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 ひもは検査担当者が随時補充する。

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。

イ 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乗せてもよい。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 傘を差す。

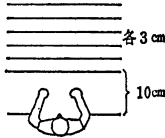
開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。立位でなく坐位のままでよい。肩に担いではいけない。

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。

のりのき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。



身体障害者診断書・意見書（肢体不自由(脳原性機能)障害用)

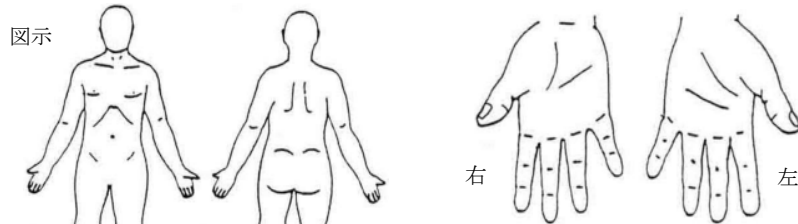
総括表

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（軽度化・重度化） ・ 不要 〕 〔再認定の時期 年 月〕		
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		
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(級相当) ・ 該当しない		
注 意	1 障害名には現在起こっている障害、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 肢体不自由のある者の場合は、全ての肢体不自由について記入してください。 3 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 (様式第2号 別紙2(その2)) を添付してください。 4 障害区分や等級決定のため、地方社会福祉審議会から改めて次ページ以降の部分について お問合せを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、追加所見がある場合は、余白又は備考欄に記入すること。

- 1 感覚障害(下記図示) : なし・感覚脱失・感覚麻痺・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



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

(注) 関係ない部分は記入不要

歩行能力（補装具なしで） 正常に可能 : m以上歩行不能

起立位（補装具無しで）正常に可能： 分以上困難：片脚での起立位保持（可・不）

動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、()の中のものを使うときはそれに○を付けること。

[illegible]

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○が付いている場合、原則として自立していないという解釈になります。

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起 大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径

下肢長：上前腸骨棘→(脛骨)内果(小児等の場合は別記)

上腕周径 : 最大周径 下腿周径 : 最大周径

前腕周径 : 最大周径

[illegible]

反射異常

上肢腱反射		下肢腱反射		バビンスキー反射			
右	左	右	左	右	左	右	左

備考

注：

- 1 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。
 - 2 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会日本リハビリテーション医学会の指示する表示法とする。
 - 3 関節可動域の図示は(←→)のように両端に太線をひき、その間を矢印で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に破線(≡)を引く。
 - 4 筋力については、表()に×△○印を記入する。
×印は、筋力が消失または著減(筋力0.1.2.該当)
△印は、筋力半減(筋力3該当)
 - 5 (PIP)の項母指は(I P)関節を指す。
 - 6 DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。
 - 7 図中塗り潰した部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示

(x) 厘米

厘米 (Δ)