

肢

国民年金
厚生年金保険

診断書

(肢体の障害用)

(フリガナ) 氏名		生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生(歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所		住所地の郵便番号		都道府県		市区郡		
① 障害の原因 となった 傷病名		② 傷病の発生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)		
④ 傷病の原因 又は誘因		初診年月日(<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日)		⑤ 既存 障害		⑥ 既往症		
⑦ 傷病が治った(症状が固定して 治療の効果が期待できない 状態を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 …………… 治った日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 確 認 <input type="checkbox"/> 推 定				
		傷病が治っていない場合 …………… 症状のよくなる見込		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 不明				
⑧ 診断書作成医療機関 における初診時所見		初診年月日 (<input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日)						
⑨ 現在までの治療の 内容、期間、経過、 その他参考となる 事項				診療 回数		年 間 回 月 平均 回		
⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測)		身長		cm		血 圧		
		体重		kg		最高 mmHg 最低 mmHg		
障 害 の 状 態 (平成 年 月 日現症)								
⑪ 切 断 又 は 離 断 ・ 変 形 ・ 麻 痺	切断又は離断日 平成 年 月 日		創面治ゆ日 平成 年 月 日		■ 切断 離断		× 変形	
	切断又は離断の場合の 神経・運動障害		断端の痛み <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		すぐ上の関節の異常 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無		(有の場合は⑩欄に記入してください。)	
	外 観		<input type="checkbox"/> 弛緩性 ・ <input type="checkbox"/> 痙直性 ・ <input type="checkbox"/> 不随意運動 ・ <input type="checkbox"/> 失調性 ・ <input type="checkbox"/> 強剛性 ・ <input type="checkbox"/> しんせん性					
	起 因 部 位		<input type="checkbox"/> 脳性 ・ <input type="checkbox"/> 脊髄性 ・ <input type="checkbox"/> 末梢神経性 ・ <input type="checkbox"/> 筋性 ・ <input type="checkbox"/> その他 ((心因性のもと思われる場合は、 その旨を右に記入してください。))					
	種 類 及 び そ の 程 度		<input type="checkbox"/> 感覚麻痺(<input type="checkbox"/> 脱失 ・ <input type="checkbox"/> 鈍麻 ・ <input type="checkbox"/> 過敏 ・ <input type="checkbox"/> 異常)		<input type="checkbox"/> 運動麻痺			
	反 射		右 上 肢 下 肢 ハビンスキー反射 その他の病的反射		左 上 肢 下 肢 ハビンスキー反射 その他の病的反射			
	そ の 他		排尿障害 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		排便障害 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		褥創又はその痕 痕 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	⑫ 脊 柱 の 障 害		脊 柱 の 他 動 可 動 域				随伴する脊髄・根症状などの臨床症状	
			部 位		前 屈 後 屈 右側屈 左側屈 右回旋 左回旋			
			頭 部					
		胸 腰 部						
⑬ 人 工 骨 頭・人 工 関 節 の 装 着 の 状 態		部 位 手 術 日 平成 年 月 日				⑭ 握 力		
						右 kg 左 kg		
⑮ 手 (足) 指 関 節		部 位		母 指 示 指 中 指 環 指 小 指				
				屈 曲 伸 展 屈 曲 伸 展 屈 曲 伸 展 屈 曲 伸 展 屈 曲 伸 展				
		中 手 (足) 指 節 間 関 節 (M P)		右 左				
		近 位 指 節 間 関 節 (P I P) (母指では指節間関節)		右 左				

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを選択し、

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

(お願い) 関節可動域は、健側についても記入してください。

障 害 の 状 態 (平成 年 月 日 現症)														
部 位	運 動 の 種 類	右						左						
		関節可動域(角度)		筋 力				関節可動域(角度)		筋 力				
		強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失	強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減
⑩ 関節可動域及び筋力	肩 関 節	屈 曲												
		伸 展												
		内 転												
		外 転												
	肘 関 節	屈 曲												
		伸 展												
	前 腕	回 内												
		回 外												
	手 関 節	背 屈												
		掌 屈												
	股 関 節	屈 曲												
		伸 展												
内 転														
膝 関 節	屈 曲													
	伸 展													
足 関 節	背 屈													
	底 屈													
⑪ 四肢長及び四肢囲		右						左						
		上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲	上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲	
		cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	
⑫ 日常生活における動作の障害の程度	<p style="color: red; font-weight: bold;">補助用具を使用しない状態で判断してください。</p> <p>一人ですぐできる場合には 「○」</p> <p>一人ですぐでもやや不自由な場合には 「○△」</p> <p>一人ですぐだが非常に不自由な場合には 「△×」</p> <p>一人で全くできない場合には 「×」</p> <p style="text-align: right;">(該当する記号をリストから選択してください。)</p>													
	日常生活における動作			右	左	日常生活における動作			右	左				
	a	つまむ (新聞紙が引き抜けない程度)				m	片足で立つ							
	b	握る (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)				n	座る[正座、横すわり、あぐら、脚なげだし]							
	c	タオルを絞る (水をきれる程度)		両手		(このような姿勢を持続する)								
	d	ひもを結ぶ		両手		o	深くおじぎ(最敬礼)をする							
	e	さじで食事をする				p	歩く(屋内)							
	f	顔を洗う (顔に手のひらをつける)				q	歩く(屋外)							
	g	用便の処置をする (スポンの前のところに手をやる)				r	立ち上がる	<input type="checkbox"/> ア 支持なし ができる	<input type="checkbox"/> イ 支持があれば できるがやや不自由	<input type="checkbox"/> ウ 支持があれば できるが非常に不自由	<input type="checkbox"/> エ 支持があつて もできない			
	h	用便の処置をする (尻のところに手をやる)				s	階段を上る	<input type="checkbox"/> ア 手すりなし ができる	<input type="checkbox"/> イ 手すりがあれば できるがやや不自由	<input type="checkbox"/> ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由	<input type="checkbox"/> エ 手すりがあつて もできない			
	i	上衣の着脱 (かぶりシャツを着て脱ぐ)		両手		t	階段を下りる	<input type="checkbox"/> ア 手すりなし ができる	<input type="checkbox"/> イ 手すりがあれば できるがやや不自由	<input type="checkbox"/> ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由	<input type="checkbox"/> エ 手すりがあつて もできない			
	j	上衣の着脱 (ワイシャツを着てボタンをとめる)		両手										
k	ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)		両手											
l	靴下を履く (どのような姿勢でもよい)		両手											
平衡機能	1 閉眼での起立・立位保持の状態		2 開眼での直線の10m歩行の状態				3 自覚症状・他覚所見及び検査所見							
	<input type="checkbox"/> ア 可能である。		<input type="checkbox"/> ア まっすぐ歩き通す。											
	<input type="checkbox"/> イ 不安定である。		<input type="checkbox"/> イ 多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうか歩き通す。											
		<input type="checkbox"/> ウ 不可能である。		<input type="checkbox"/> ウ 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。										
⑬ 補使用用具状況	該当する数字にチェックをして、右のア・イいずれかの使用状況を選び、[]内のリストから選択してください。										使用状況を詳しく記入してください。			
	<input type="checkbox"/> 1 [] 上肢補装具	<input type="checkbox"/> 2 [] 下肢補装具 (<input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右)									{ ア 常時(起床より就寝まで)使用 { イ 常時ではないが使用			
<input type="checkbox"/> 3 [] 杖 ()	<input type="checkbox"/> 4 [] 松葉杖 (<input type="checkbox"/> 左・ <input type="checkbox"/> 右)													
<input type="checkbox"/> 5 [] 車椅子	<input type="checkbox"/> 6 [] 歩行車													
<input type="checkbox"/> 7 [] その他 (具体的に)														
<input type="checkbox"/> 8 補助用具は使用していない														
⑭ その他の精神・身体の障害の状態														
⑮	(補助用具を使用しない状態で判断してください。)													
⑯ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください。)														
⑰ 予 後 (必ず記入してください。)														
⑱ 備 考														

股関節屈曲値は次のどちらですか。

膝屈曲位
 膝伸展位

上記のとおり、診断します。 平成 年 月 日

病院又は診療所の名称 診療担当科名

所在地 医師氏名 印

記入上の注意

- この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日（その期間内に治ったときは、その日）において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表（以下「施行令別表」という。）に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。
 （ また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 ）
- ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。
- 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。
 - 本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要がありません。（無関係な欄は、斜線により抹消してください。）なお、該当欄に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。
 - ⑫の欄の「脊柱の他動可動域」、⑮の欄の「手（足）指関節の他動可動域」及び⑯の欄の「関節可動域」の測定は、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方法によってください。
 - ⑯の欄の「筋力」の程度を表す具体的な「程度」は、次のとおりです。
 正 常・・・検者が手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合
 やや減・・・検者が手を離れた程度の抵抗を排して自動可能な場合
 半 減・・・検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合
 著 減・・・自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような肢位では自動可能な場合
 消 失・・・いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合
 - ⑰の欄の上肢長は、肩峰尖端より橈骨茎状突起尖端まで、下肢長は上前腸骨棘尖端より脛骨内果尖端までの距離を測ってください。また、上腕囲、前腕囲、下腿囲はその最大周囲径を、大腿囲は膝蓋上縁上10センチメートルの周囲径を測ってください。
 - 脳血管障害などにより言語障害がある場合は、⑳の欄に会話状態などを記入してください。

（ 関節可動域測定参考図 ）

