

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		肢体の障害用の診断書 記入例				月	日生(歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所		住所地の郵便番号		府		市					
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	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						
⑦ 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		空欄があると、年金機構に提出しても差し戻されてしまい、病院で追記して頂く必要がありますので、必ず記入されているか確認してください。				診療 回数	年間 月平均	回			
⑩ 計測 (平成 年 月 日計測)		身長		cm		最高		mmHg			
		体重		kg		最低		mmHg			
障 害 の 状 態 (平成 年 月 日現症)											
(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。	⑪ 切断 又は 離断 ・ 変形 ・ 麻痺		右		左		右		左		
	切断又は離断日		平成 年 月 日		切断 離断		× 変形		■ 感覚麻痺 ▨ 運動麻痺		
	創面治癒日		平成 年 月 日								
	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		左						
			上肢 下肢		ハビンスキー反射 その他の病的反射		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		褥創又はその癒痕 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無				
⑫ 脊柱の 障害		脊 柱 の 他 動 可 動 域									
		部 位		前 屈		後 屈		右側屈		左側屈	
		頸 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		力		kg		kg	
⑭ 手(足)指関節域		部 位		母 指		示 指		中 指		環 指	
				屈 曲 伸 展		屈 曲 伸 展		屈 曲 伸 展		屈 曲 伸 展	
		中手(足)指節間関節(MP)		右							
				左							
		近位指節間関節(PIP) (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、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(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。

身体に麻痺がみられる場合は、医師に詳しく記入してもらいましょう。

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。)

必ず記入されているか確認してください。

(平成 年 月 日 現症)

(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	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														
	外 転														
膝 関 節	屈 曲														
	伸 展														
足 関 節	背 屈														
	掌 屈														

腕や脚が上げにくい、動かしにくいときは
関節の可動域に制限がある場合があります。
医師に測定していただき、記入してもらいましょう。

股関節屈曲値は次のどちらですか。

膝屈曲位
 膝伸展位

日常生活における動作の障害の程度を記入する欄です。補助器具がない状態での動作の程度を記入してもらいましょう。ご自分でどの程度できないか記入して医師に伝えるとよいでしょう。

補助器具を使用しない状態で判断してください。

一人でうまくできる場合には 「○」
一人でできてもやや不自由な場合には 「○△」
一人でできるが非常に不自由な場合には 「△×」
一人で全くできない場合には 「×」
(該当する記号をリストから選択してください。)

障 害 の 程 度	日常生活における動作		日常生活における動作	
	右	左	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 (ズボンの前に手をやる)		r	立ち上がる
h	用便の処置をする (尻のところに手をやる)			<input type="checkbox"/> 支持なし でできる <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 支持があっ 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	s	階段を上る
j	上衣の着脱 (ワイシャツを着てボタンをとめる)	両手		<input type="checkbox"/> ア 手すりなし でできる <input type="checkbox"/> イ 手すりがあれば できるがやや不自由 <input type="checkbox"/> 手すりがあれば できるが非常に不自由 <input type="checkbox"/> エ 手すりがあっ てもできない
k	ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)	両手	t	階段を下りる
	靴下を履く (どのような姿勢でもよい)	両手		<input type="checkbox"/> ア 手すりなし でできる <input type="checkbox"/> イ 手すりがあれば できるがやや不自由 <input type="checkbox"/> 手すりがあれば できるが非常に不自由 <input type="checkbox"/> エ 手すりがあっ てもできない
平衡機能	1 閉眼での起立・立位保持の状態 <input type="checkbox"/> ア 可能である。 <input type="checkbox"/> イ 不安定である。 <input type="checkbox"/> ウ 不可能である。		2 開眼での直線の10m歩行の状態 <input type="checkbox"/> ア まっすぐ歩き通す。 <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 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。	
3 自覚症状・他覚所見及び検査所見				

⑮ 補使用具状況	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。 <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) <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	使用状況を詳しく記入してください。
----------	--	-------------------

⑯ その他の精神・身体の障害の状態	がんのステージ、他臓器やリンパ節への転移の有無、癌性疼痛(がんせいとうつう、がんの症状の1つで体を動かしたときなどにズキズキ痛むこと)の有無、腫瘍マーカーの結果、治療内容(放射線治療や抗がん剤治療、ホルモン剤治療をいつからどれくらいの頻度で受けているのか主治医に記入してもらいましょう。
-------------------	---

⑰ 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。)	(補助用具) 補助器具を使用しない状態での日常生活や労働能力について記入してもらいましょう。
⑱ 予 後 (必ず記入してください。)	病気の予後を記入してもらいましょう。
⑳ 備 考	

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