様式第120号の3

肢

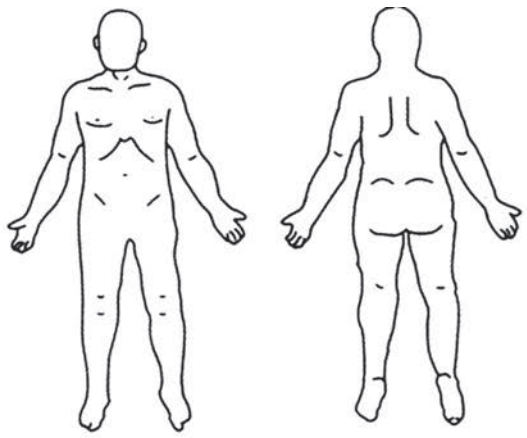
# 国民年金 厚生年金保険 診断書（肢体の障害用）

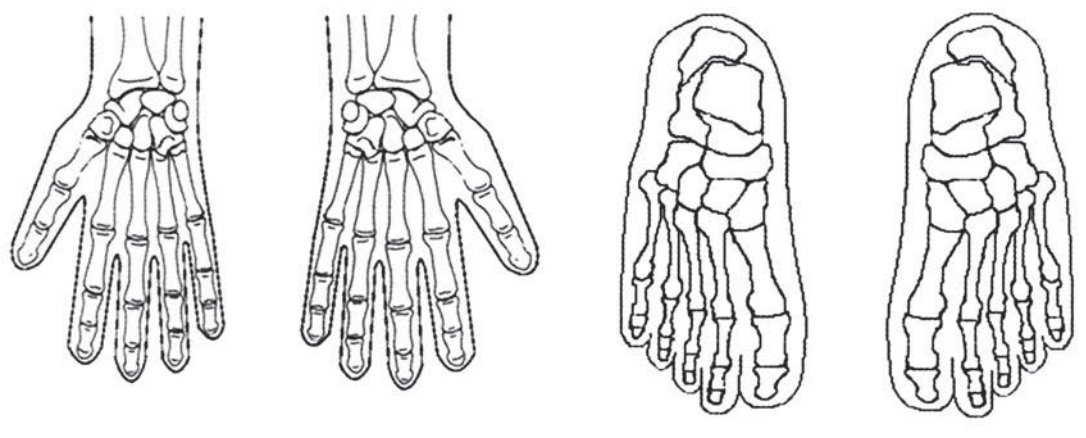
| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| （フリガナ）<br>氏名 | | 生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　年　月　日生（　歳） | 性別 | 男・女 |
| 住所 | 住所地の郵便番号<br>□□□－□□□□ | 都道府県　郡市区 | | | |
| ①障害の原因となった傷病名 | | ②傷病の発生年月日 | 昭和<br>平成<br>令和　年　月　日 | 診療録で確認<br>本人の申立て（　年　月　日） | |
| | | ③①のため初めて医師の診療を受けた日 | 昭和<br>平成<br>令和　年　月　日 | 診療録で確認<br>本人の申立て（　年　月　日） | |
| ④傷病の原因又は誘因 | 初診年月日（昭和・平成・令和　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<br>令和　年　月　日 | 確認<br>推定 | | |
| | 傷病が治っていない場合 …… 症状のよくなる見込 | 有・無・不明 | | | |
| ⑧診断書作成医療機関における初診時所見<br>初診年月日<br>（昭和・平成・令和　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<br>月平均　回 | | |
| ⑩計測（平成・令和　年　月　日計測） | 身長 | cm | 血圧 | 最高 | mmHg |
| | 体重 | kg | | 最低 | mmHg |

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、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。

## 障害の状態（平成・令和　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・令和　年　月　日
創面治ゆ日　平成・令和　年　月　日

■ 切断離断　× 変形　▨ 感覚麻痺　▤ 運動麻痺

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 切断又は離断の場合の神経・運動障害 | 断端の痛み　有・無 | すぐ上の関節の異常　有・無　（有の場合は⑯欄に記入してください。） | | | | | | | |
| 外観 | 弛緩性・痙直性・不随意運動性・失調性・強剛性・しんせん性 | | | | | | | | |
| 起因部位 | 脳性・脊髄性・末梢神経性・筋性・その他（（心因性のものと思われる場合は、その旨を右に記入してください。）　） | | | | | | | | |
| 種類及びその程度 | 感覚麻痺（脱失・鈍麻・過敏・異常）　運動麻痺 | | | | | | | | |
| 反射 | 右 | | | | 左 | | | | |
| | 上肢 | 下肢 | バビンスキー反射 | その他の病的反射 | 上肢 | 下肢 | バビンスキー反射 | その他の病的反射 | |
| | | | | | | | | | |
| その他 | 排尿障害　有・無 | 排便障害　有・無 | 褥創又はその瘢痕　有・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 | 右回旋 | 左回旋 |
| 頸部 | | | | | | |
| 胸腰部 | | | | | | |

随伴する脊髄・根症状などの臨床症状

⑬人工骨頭・人工関節の装着の状態　部位　手術日　平成・令和　年　月　日

⑭握力　右　kg　左　kg

⑮他動可動域（手（足）指関節の）

| 部位 | | 母指 屈曲 | 母指 伸展 | 示指 屈曲 | 示指 伸展 | 中指 屈曲 | 中指 伸展 | 環指 屈曲 | 環指 伸展 | 小指 屈曲 | 小指 伸展 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 中手（足）指節関節（MP） | 右 | | | | | | | | | | |
| | 左 | | | | | | | | | | |
| 近位指節間関節（PIP）（母指では指節間関節） | 右 | | | | | | | | | | |
| | 左 | | | | | | | | | | |

（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。）

2111 1018 043 511-2

（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・令和　年　月　日現症）

### ⑯ 関節可動域及び筋力

| 部位 | 運動の種類 | 右 関節可動域（角度） 強直肢位 | 右 関節可動域（角度） 他動可動域 | 右 筋力 正常 | やや減 | 半減 | 著減 | 消失 | 左 関節可動域（角度） 強直肢位 | 左 関節可動域（角度） 他動可動域 | 左 筋力 正常 | やや減 | 半減 | 著減 | 消失 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 底屈 | | | | | | | | | | | | | | |

股関節屈曲値は次のどちらですか。
1 膝屈曲位
2 膝伸展位

### ⑰ 四肢長及び四肢囲

| 右 上肢長 | 右 上腕囲 | 右 前腕囲 | 右 下肢長 | 右 大腿囲 | 右 下腿囲 | 左 上肢長 | 左 上腕囲 | 左 前腕囲 | 左 下肢長 | 左 大腿囲 | 左 下腿囲 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| cm | cm | cm | cm | cm | cm | cm | cm | cm | cm | cm | cm |

### ⑱ 日常生活における動作の程度

**補助用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　・・・・・・・・・・「×」）
該当する記号を下欄に記入してください。

| 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） | | |
| b | 握る | （丸めた週刊誌が引き抜けない程度） | | |
| c | タオルを絞る | （水をきれる程度） | 両手 | |
| d | ひもを結ぶ | | 両手 | |
| e | さじで食事をする | | | |
| f | 顔を洗う | （顔に手のひらをつける） | | |
| g | 用便の処置をする | （ズボンの前のところに手をやる） | | |
| h | 用便の処置をする | （尻のところに手をやる） | | |
| i | 上衣の着脱 | （かぶりシャツを着て脱ぐ） | 両手 | |
| 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 | |

| 日常生活における動作 | | 右 | 左 |
|---|---|---|---|
| m | 片足で立つ | | |
| n | 座る〔正座、横すわり、あぐら、脚なげだし〕（このような姿勢を持続する） | | |
| o | 深くおじぎ（最敬礼）をする | | |
| p | 歩く（屋内） | | |
| q | 歩く（屋外） | | |
| r | 立ち上がる | ア 支持なしでできる　イ 支持があればできるがやや不自由　ウ 支持があればできるが非常に不自由　エ 支持があってもできない | |
| s | 階段を上る | ア 手すりなしでできる　イ 手すりがあればできるがやや不自由　ウ 手すりがあればできるが非常に不自由　エ 手すりがあってもできない | |
| t | 階段を下りる | ア 手すりなしでできる　イ 手すりがあればできるがやや不自由　ウ 手すりがあればできるが非常に不自由　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
ア　可能である。
イ　不安定である。
ウ　不可能である。

2 開眼での直線の１０m歩行の状態
ア　まっすぐ歩き通す。
イ　多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうにか歩き通す。
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

### ⑲ 使用状況 補助用具

該当する数字を○で囲み、右のア・イのいずれかの使用状況を選び、〔　〕内に記載してください。
1〔　〕上肢補装具　2〔　〕下肢補装具（左・右）
3〔　〕杖（　　）　4〔　〕松葉杖（左・右）
5〔　〕車椅子　6〔　〕歩行車
7〔　〕その他（具体的に　　）
8 補助用具は使用していない
〔ア 常時（起床より就寝まで）使用　イ 常時ではないが使用〕

使用状況を詳しく記入してください。

### ⑳ その他の精神・身体の障害の状態

### ㉑ 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。）

（補助用具を使用しない状態で判断してください。）

### ㉒ 予後
（必ず記入してください。）

### ㉓ 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　　診療担当科名

所在地　　医師氏名