

身体障害者医学的判定カード1 (肢体不自由用:補装具費支給意見書)

受付番号: _____ (判定書番号 _____)

身体障害者更生相談所(和歌山県)R1 年度改正

相談日	令和 年 月 日	場所		手帳区分: 1 身体障害者 2 戦傷病者 3 他()																															
フリガナ氏名				男女 男 女	生年月日	船・烺・躰・穢 年 月 日生()歳			在宅：独居・ 人暮らし 入院・入通所()																										
住所	TEL								就労：無 ・ 有()																										
手帳	障害名:																																		
	程度: 種 級	番号: 第 号			交付	躰・穢・躰 年 月 日			追加・変更・再交付	躰・穢・躰 年 月 日																									
起因傷病名	病名: 脊髄損傷・脳血管疾患・CP・RA・その他					原因: 疾病・先天性・交通・労災・その他事故・戦傷・その他																													
現病歴	大正・昭和・平成・令和 年 月 日発症				合重併複症障及び等	療育手帳:無 ・ 有()				視覚障害 聴覚障害 言語障害 意思疎通 指示理解																									
障害の状況：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する										身長 cm 体重 kg																									
										<table><tr><td></td><td>右</td><td>左</td></tr><tr><td>握力</td><td>kg</td><td>kg</td></tr><tr><td>上肢長</td><td>cm</td><td>cm</td></tr><tr><td>下肢長</td><td>cm</td><td>cm</td></tr><tr><td>上腕周径</td><td>cm</td><td>cm</td></tr><tr><td>前腕周径</td><td>cm</td><td>cm</td></tr><tr><td>大腿周径</td><td>cm</td><td>cm</td></tr><tr><td>下腿周径</td><td>cm</td><td>cm</td></tr></table>			右	左	握力	kg	kg	上肢長	cm	cm	下肢長	cm	cm	上腕周径	cm	cm	前腕周径	cm	cm	大腿周径	cm	cm	下腿周径	cm	cm
	右	左																																	
握力	kg	kg																																	
上肢長	cm	cm																																	
下肢長	cm	cm																																	
上腕周径	cm	cm																																	
前腕周径	cm	cm																																	
大腿周径	cm	cm																																	
下腿周径	cm	cm																																	
【関節可動域・筋力の状況】																																			
【神経学的及びその他の所見】																																			
1 感覚障害：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚 2 運動障害：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・失調・不随意運動・しんせん・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 ×変形 切断肢 感覚障害 運動障害																																			
生活動作程度	歩行	室内：可（独歩・装具・杖）・不可 屋外：可（独歩・装具・杖）・不可				移動	室内：歩行・車椅子・四這い・その他() 屋外：歩行・車椅子・四這い・その他()																												
	立位	可(要支持・つかまり立ち・独力)・要介助・不可				着脱衣	自立・介助(部分・全域)																												
	坐位	可(正座・長坐・胡座・椅子坐位)・不可				摂食	自立・介助(部分・全域)、利き手 右・左																												
	手指動作	正常・拙劣・実用性欠く				排泄処理	自立・介助(部分・全域)																												
結果・指示	1 補装具：製作・修理(要・否) 2 手帳相談: 級相当 3 その他()				【補装具の種目、名称、及び処方(別添 有・無)等】 ※使用効果見込み:																														
	上記のとおり意見する。 令和 年 月 日 医療機関名 診療科名及びTEL 医師名 印																																		