

肢

国民年金
厚生年金保険

診断書

(肢体の障害用)

様式第120号の3

(フリガナ) 氏 名		生年月日		昭和 平成 令和		年 月 日生(歳)		性別		男・女															
住 所		住所地の郵便番号				都道府県						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 平成 令和				年 月 日				診 療 録 で 確 認 認 定 本 人 の 申 立 て (年 月 日)					
								③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日				昭和 平成 令和				年 月 日				診 療 録 で 確 認 認 定 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 年 月 日 確 認 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 初診年月日 (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 月平均 回									
⑩ 計 測 (平成・令和 年 月 日計測)		身 長		c m				血 圧		最 高		mmHg													
		体 重		k g						最 低		mmHg													
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				切断 離断				× 変形				感覚麻痺				運動麻痺							
		創 面 治 ゆ 日 平成・令和 年 月 日																							
		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⑩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				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						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											
		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・令和 年 月 日						⑭ 握 力		右				左					
		手 術 日 平成・令和 年 月 日														kg				kg					
⑮ 手(足)動 可 動 域		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		屈 曲 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。)

(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)															
⑩ 関節可動域及び筋力	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
	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														
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	補助用具を使用しない状態で判断してください。 一人ですぐできる場合には ・ ・ ・ ・ ・ 「○」 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	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	(水をきれの程度)	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	(ズボンの前のところに手をやる)			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					
	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		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					
	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		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					
	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							
			ア 可能である。	ア まっすぐ歩き通す。											
			イ 不安定である。	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 不可能である。	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 補助用具状況	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。						
	⑭ その他の精神・身体の障害の状態														
⑮ 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。)												
⑯ 予 後 (必ず記入してください。)															
⑰ 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