

肢

国民年金 断書 (肢体の障害用)
厚生年金保険

Form with fields for personal information (name, address, date of birth), medical history (injury cause, date, treatment), physical measurements (height, weight, blood pressure), and limb condition assessment (diagrams of hand/foot, sensory/motor paralysis, reflexes, etc.).

「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。

(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	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													
	肘 関 節	屈 曲													
		伸 展													
	前 腕	回 内													
	手 関 節	回 外													
	股 関 節	背 屈													
掌 屈															
屈 曲															
膝 関 節	伸 展														
	内 転														
足 関 節	外 転														
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;">補助器具を使用しない状態で判断してください。</p> <p style="font-size: small;">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・・・「×」</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">(該当する記号を下欄に記入してください。)</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 可 能	イ 支 持 が あ れ ば 可 能 が や や 不 自 由	ウ 支 持 が あ れ ば 可 能 が 非 常 に 不 自 由	エ 支 持 が あ っ て も 可 能 不 可 能				
	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	ア 手 す り な し で 可 能	イ 手 す り が あ れ ば 可 能 が や や 不 自 由	ウ 手 す り が あ れ ば 可 能 が 非 常 に 不 自 由	エ 手 す り が あ っ て も 可 能 不 可 能				
	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	ア 手 す り な し で 可 能	イ 手 す り が あ れ ば 可 能 が や や 不 自 由	ウ 手 す り が あ れ ば 可 能 が 非 常 に 不 自 由	エ 手 す り が あ っ て も 可 能 不 可 能				
	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												
⑬ 補 助 用 具 状 況	平 衡 機 能	1 閉眼での起立・立位保持の状態		2 閉眼での直線の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。												
⑭ 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。										使用状況を詳しく記入してください。				
	1	〔 〕	上 肢 補 装 具	2	〔 〕	下 肢 補 装 具 (左・右)	〔ア 常時(起床より就寝まで)使用 イ 常時ではないが使用〕								
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	補助器具は使用していない														
⑮ その他の精神・身体の障害の状態															
⑯ 現 症 時 の 日 常 生 活 活 動 能 力 及 び 労 働 能 力	(補助器具を使用しない状態で判断してください。)														
(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。  
1 膝屈曲位  
2 膝伸展位

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 印