

【表面】

⑧

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		生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日生(歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女						
住所		住所地の郵便番号	都道府県	都市区									
① 障害の原因となった傷病名		② 傷病の発生日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 本人の申立て (年 月 日)							
④ 傷病の原因又は誘因		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 診療録で確認 <input type="checkbox"/> 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		※1				診療回数 年間 回 月平均 回							
⑩ 計測 (平成 年 月 日計測)		身長	cm	血圧		最高	mmHg						
		体重	kg			最低	mmHg						
障害の状態 (平成 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 年 月 日		創面治癒日 平成 年 月 日		<input type="checkbox"/> 切断離断 × 変形 <input type="checkbox"/> 感覚麻痺 <input type="checkbox"/> 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 <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"/> 純麻 ・ <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					
	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		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		⑭ 握力		右 左							
		手術日 平成 年 月 日				kg kg							
⑮ 手の他動可動域		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	
		右手(足)指節間関節(MP)											
		左手											
		右手近位指節間関節(PIP)											
		左手											
		(母指では指節間関節)										※2	