



# 熊本県公報

号外 第 3 6 号

平成 28 年 3 月 31 日(木)

(毎週 火・金発行)

## 目 次

### 告 示

- 熊本県行政不服審査法等に係る手数料の減免に関する要項・（県政情報文書課） 1
- 熊本県身体障害者福祉法施行細則第 3 条の規定に基づく身体障害者手帳診断書・意見書の様式……………（障がい者支援課） 1

## 告 示

### 熊本県告示第 4 1 2 号の 7

熊本県行政不服審査法等に係る手数料の減免に関する要項を次のように定める。  
平成 2 8 年 3 月 3 1 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

熊本県行政不服審査法等に係る手数料の減免に関する要項  
(趣旨)

第 1 条 この要項は、熊本県手数料条例（平成 1 2 年熊本県条例第 9 号。以下「条例」という。）第 6 条の 2 の規定による同条例第 2 条第 1 項第 625 号の 3、第 625 号の 4 又は第 625 号の 8 から第 625 号の 10 までに掲げる手数料（以下「手数料」という。）の減免に関し必要な事項を定めるものとする。

(手数料の減免)

第 2 条 条例第 6 条の 2 の規定による手数料の減額又は免除を受けようとする審査請求人又は参加人は、次の各号に掲げる交付を求めるときに、併せて当該減額又は免除を求める旨及びその理由を記載した書面を当該各号に掲げる者に提出しなければならない。

- (1) 条例第 2 条第 1 項第 625 号の 3 に掲げる交付 審査員、審査庁等
- (2) 条例第 2 条第 1 項第 625 号の 4 に掲げる交付 熊本県行政不服審査会
- (3) 条例第 2 条第 1 項第 625 号の 8 に掲げる交付 熊本県情報公開審査会
- (4) 条例第 2 条第 1 項第 625 号の 9 に掲げる交付 熊本県個人情報保護審査会
- (5) 条例第 2 条第 1 項第 625 号の 10 に掲げる交付 熊本県行政文書等管理委員会

2 前項の書面には、審査請求人又は参加人が生活保護法（昭和 2 5 年法律第 1 4 4 号）第 1 1 条第 1 項各号に掲げる扶助を受けていることを理由とする場合にあっては当該扶助を受けていることを証明する書面を、その他の事実を理由とする場合にあってはその他当該事実を証明する書面を、それぞれ添付しなければならない。

附 則

この要項は、平成 2 8 年 4 月 1 日から施行する。

### 熊本県告示第 4 1 2 号の 8

熊本県身体障害者福祉法施行細則（平成 7 年熊本県規則第 1 6 号）第 3 条の規定に基づき、身体障害者手帳診断書・意見書の様式を次のように定め、平成 2 8 年 4 月 1 日から施行する。

なお、平成 2 7 年 3 月 3 1 日熊本県告示第 3 6 5 号の 2（熊本県身体障害者福祉法施行細則第 3 条の規定に基づく身体障害者手帳診断書・意見書の様式）は、廃止する。

平成 2 8 年 3 月 3 1 日

熊本県知事 蒲 島 郁 夫

総括表 身体障害者診断書・意見書(視覚障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女		
住 所				
① 障害名(部位を明記) <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 視野障害 <input type="checkbox"/> 視力・視野障害				
② 原因となった 疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他( )		
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所				
④ 参考となる臨床経過・手術経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)				
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日				
⑤ 総合所見(検査所見とADL所見との整合性等)				
[将来再認定]				
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月				
<input type="checkbox"/> 再認定は不要				
⑥ その他参考となる合併症状				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号				
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、 _____ 級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 ※早見表による根拠				
	障 害 部 位	等 級	項 目	指 数
	視力障害			
	視野障害			
	合 計			
注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば視力障害や視野障害等を選択し、原因となった疾病・外傷名欄には、糖尿病性網膜症、緑内障性視神経萎縮等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。				

視覚障害の状況及び所見

1 視 力

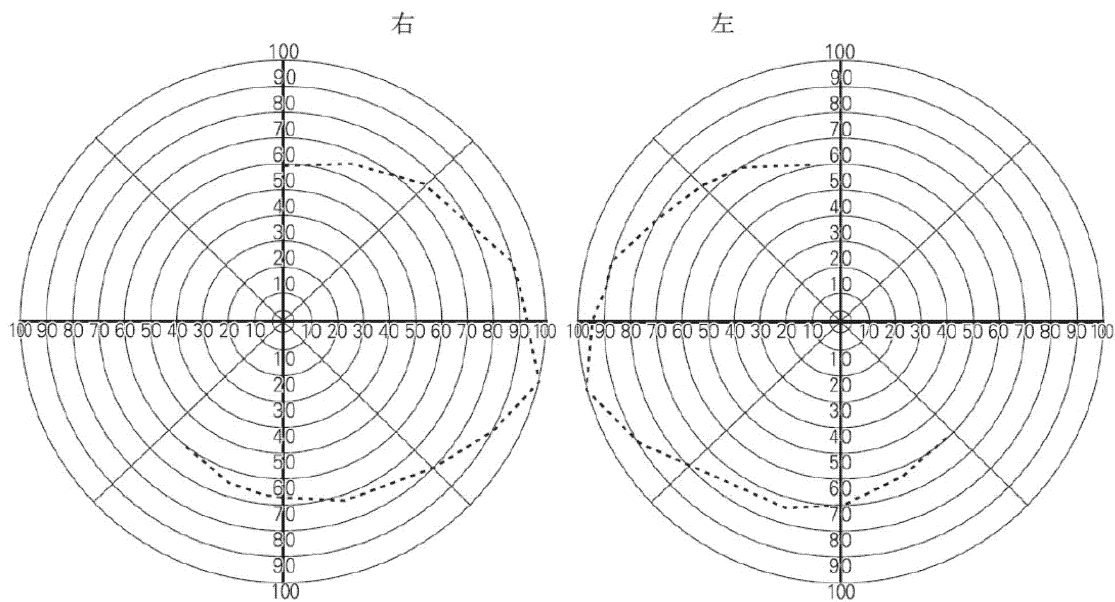
	裸 眼	矯 正
右	(	× DCyl DAx )
左	(	× DCyl DAx )

2 視 野 (視標 I / 4)

視野狭窄の別

<input type="checkbox"/> 求心性	<input type="checkbox"/> 交叉性	<input type="checkbox"/> 半盲性	<input type="checkbox"/> その他( )
------------------------------	------------------------------	------------------------------	---------------------------------

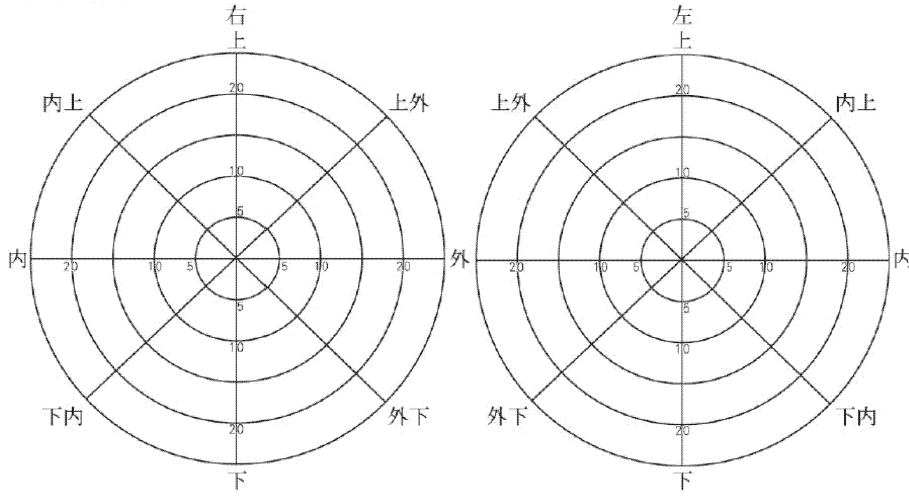
※視標 I / 4 が測定不能の場合は、ゴールドマン視野検査結果 (V / 4) の写しを添付すること。



※視野障害の計測は、点線で囲まれた正常視野の範囲内で行うものとする。

注) 視能率を測定するのは、求心性視野狭窄により両眼の中心視野がそれぞれ I / 2 の視標で 10 度以内の場合とする。(輪状暗点があるものについて、中心の残存視野がそれぞれ I / 2 の視標で 10 度以内のものも含む)

3 中心視野 (視標 I / 2)



右	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計①	視能率②	損失率③
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (① ÷ 560 × 100)	% (100 - ②)

左	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	計④	視能率⑤	損失率⑥
	度	度	度	度	度	度	度	度	度	% (④ ÷ 560 × 100)	% (100 - ⑤)

$$\frac{(\text{③と⑥のうち大きい方}) + (\text{③と⑥のうち小さい方}) \times 3}{4}$$

両眼の損失率
%

4 現 症

	右	左
外 眼		
中間透光体		
眼 底		

5 手 術

手術予定	有 (目的: ) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し	有 (目的: ) <input type="checkbox"/> 視覚障害の軽減見込み無し
------	---	---

※手術予定がある場合、手術目的を記入すること。(例: 白内障、網膜剥離等)

※手術により障害の軽減が見込まれる場合には、手術施行後の症状が安定した状態で記入すること。

総括表 身体障害者診断書・意見書(聴覚・平衡・音声・言語・そしゃく機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女																													
住 所																															
① 障害名(部位を明記)																															
② 原因となった 疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他( )																													
③ 疾病・外傷発生年月日		年 月 日・場所																													
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)																															
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日																															
⑦ 総合所見																															
〔将来再認定〕																															
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する																															
再認定の時期 年 月																															
<input type="checkbox"/> 再認定は不要																															
⑧ その他参考となる合併症状																															
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。																															
年 月 日																															
診療担当科名 科		15条指定医師氏名 印																													
病院又は診療所の名称																															
所 在 地 〒																															
電 話 番 号																															
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕																															
障害の程度は、_____ 級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。																															
※早見表による根拠	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">障 害 部 位</th> <th style="width:10%;">等 級</th> <th style="width:50%;">項 目</th> <th style="width:20%;">指 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>聴覚障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>平衡機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>音声機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>言語機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>そしゃく機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			障 害 部 位	等 級	項 目	指 数	聴覚障害				平衡機能障害				音声機能障害				言語機能障害				そしゃく機能障害				合 計			
障 害 部 位	等 級	項 目	指 数																												
聴覚障害																															
平衡機能障害																															
音声機能障害																															
言語機能障害																															
そしゃく機能障害																															
合 計																															
※ 音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害の重複については、指数合算による等級繰上げはできない。																															
注意																															
1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば両感音性難聴等を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、先天性難聴等原因となった疾患名を記入してください。																															
2 口唇・口蓋裂後遺症等によるそしゃく機能障害の場合は、「歯科医師による診断書・意見書」(別様式)を添付してください。																															
3 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。																															
4 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。																															

聴覚・平衡・音声・言語又はそしゃくの機能障害の状況及び所見

【はじめに】（認定要領を参照のこと）  
 この診断書においては、以下の4つの障害区分のうち、認定を受けようとする障害について、その障害に関する「状態及び所見」について記載すること。  
 なお、音声機能障害、言語機能障害及びそしゃく機能障害が重複する場合には、各々について障害認定することは可能であるが、等級はその中の最重度の等級をもって決定する旨、留意すること（各々の障害の合計指数をもって等級決定することはない）。

聴覚障害 → 『1 「聴覚障害」の状態及び所見』に記載すること。  
 平衡機能障害 → 『2 「平衡機能障害」の状態及び所見』に記載すること。  
 音声・言語機能障害 → 『3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見』に記載すること。  
 そしゃく機能障害 → 『4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見』に記載すること。

1 「聴覚障害」の状態及び所見

(1) 聴力(会話音域の平均聴力レベル)

右	dB
左	dB

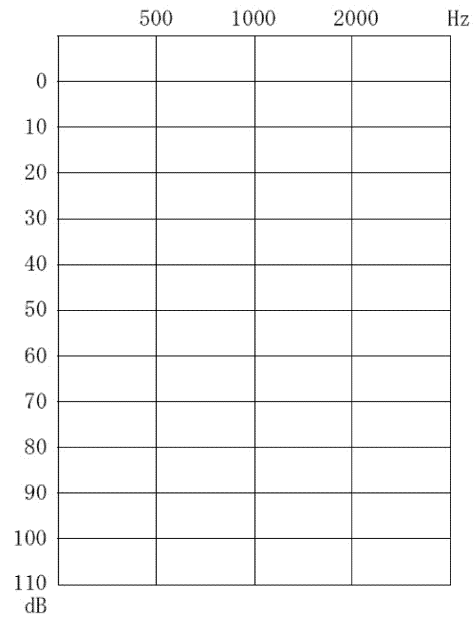
(4) 聴力検査の結果(アのみ又はア及びイの両方を記載すること)

ア 純音による検査

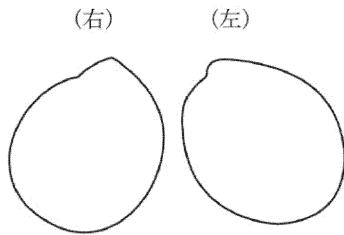
オージオメータの型式 \_\_\_\_\_

(2) 障害の種類

右	伝音性難聴	左	伝音性難聴
	感音性難聴		感音性難聴
	混合性難聴		混合性難聴



(3) 鼓膜の状態



(5) 身体障害者手帳（聴覚障害に係るものに限る。）の所持状況

有  無

※身体障害者手帳（聴覚障害に係るものに限る。）を所持していない者に対して2級を診断する場合には、他覚的聴覚検査結果の写しを添付すること。

イ 語音による検査

最高語音明瞭度

右	%	dB
左	%	dB

2 「平衡機能障害」の状態及び所見

(1) 平衡機能の状態

- 四肢体幹に器質的異常がなく他覚的に平衡機能障害を認める
- その他 ※(3)その他の所見欄に記入

(2) 姿勢・歩行能力の状態

- 閉眼にて起立不能（3級相当）
- 開眼で直線歩行中10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの（3級相当）
- 閉眼で直線歩行中10m以内に転倒又は著しくよろめいて歩行を中断せざるを得ないもの（5級相当）
- 閉眼で10m超の直線歩行が可能なもの（非該当）

(3) その他の所見

[ ]

3 「音声・言語機能障害」の状態及び所見

※所見を記入

( )

(1) 音声機能障害

音声を全く発することができないもの (3 級)

- 無喉頭 (喉頭摘出 等)
- 喉頭の障害又は形態異常
- 発声筋麻痺による音声機能障害
- その他 ( )

音声の障害のため、音声のみを用いて意思を疎通することが困難なもの (4 級)

- 喉頭の障害又は形態異常
- 発声筋麻痺による音声機能喪失
- その他 ( )

※ 音声機能障害の場合は、「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動 (場とレベル) の具体的な状況例」を添付すること。(表出面のみ記載)

(2) 言語機能障害

言語機能を喪失したもの (家庭において、家族又は肉親との会話の用をなさないもの) (3 級)

- 運動障害性構音障害
- 器質性構音障害 (唇顎口蓋裂等の後遺症によるものを含む)
- 失語症
- その他 ( )

言語機能の著しい障害 (家族又は肉親との会話は可能であるが、家庭周辺において他人にはほとんど用をなさないもの) (4 級)

- 運動障害性構音障害
- 器質性構音障害 (唇顎口蓋裂等の後遺症によるものを含む)
- 失語症
- その他 ( )

※ 言語機能障害の場合は、「障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動 (場とレベル) の具体的な状況例」を添付すること。

4 「そしゃく機能障害」の状態及び所見

(1) 障害程度の等級

そしゃく・嚥下機能の障害 (喪失) (3 級) ※経管栄養以外に方法のないもの

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 延髄機能障害 (仮性球麻痺、血管障害を含む) 及び末梢神経障害によるもの
- 外傷、腫瘍切除等による顎 (顎関節を含む)、口腔 (舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- その他 ( )

そしゃく機能の著しい障害 (4 級)

- 重症筋無力症等の神経・筋疾患によるもの
- 延髄機能障害 (仮性球麻痺、血管障害を含む) 及び末梢神経障害によるもの
- 外傷、腫瘍切除等による顎 (顎関節を含む)、口腔 (舌、口唇、口蓋、頬、そしゃく筋等)、咽頭、喉頭の欠損等によるもの
- 口唇・口蓋裂等の先天異常の後遺症による咬合異常によるもの
- その他 ( )

(2) 障害の程度及び検査所見

①そしゃく・嚥下機能の障害

a 障害の程度

- 経口的に食物等を摂取できないため、経管栄養を行っている
- 経口摂取のみでは十分に栄養摂取ができないため、経管栄養を併用している
- 経口摂取のみで栄養摂取ができるが、誤嚥の危険が大きく摂取できる食物の内容・摂取方法に著しい制限がある
- その他 ( )

b 各器官（口唇・下顎・舌・軟口蓋・咽喉頭等）の所見

※異常の部位、内容、程度等を詳細に記載すること。<参考 1>

c 嚥下状態の検査と所見

※嚥下状態について詳細に記載すること。<参考 2>  
 ※検査方法：VF VE その他 ( )

<参考 1> 各器官の観察点  
 口唇・下顎：運動能力、不随意運動の有無、反射異常ないしは病的反射  
 舌：形状、運動能力、反射異常  
 軟口蓋：挙上運動、反射異常  
 声帯：内外転運動、梨状窩の唾液貯溜

<参考 2>  
 各器官の観察点  
 ・口腔内保持の状態  
 ・口腔から咽頭への送り込みの状態  
 ・喉頭挙上と喉頭内腔の閉鎖の状態  
 ・食道入口部の開大と流動物 (bolus) の送り込み  
 摂取できる食物の内容と誤嚥に関する観察点  
 ・摂取できる食物の内容 (固形物、半固形物、流動食)  
 ・誤嚥の程度 (毎回、2 回に 1 回程度、数回に 1 回、ほとんど無し)

②咬合異常

a 障害の程度

- 著しい咬合障害があり、歯科矯正治療等を必要とする
- その他 ( )

b 咬合異常の程度（そしゃく運動時又は安静位咬合の状態を観察すること）

( )

c そしゃく機能（口唇・口蓋裂では上下顎の咬合関係や形態異常等を観察すること）

( )

[記入上の注意]

- (1) 聴力障害の認定に当たっては、JIS規格によるオーディオメータで測定すること。dB値は、周波数500、1000、2000Hzにおいて測定した値をそれぞれa、b、cとした場合、 $\frac{a+2b+c}{4}$  の算式により算定すること。100dBの音が聴取できない場合は、当該dB値を105dBとして聴力レベルを算定すること。
- (2) 歯科矯正治療等の適応の判断を要する症例については、「歯科医師による診断書・意見書」（別様式）の提出を求めるものとする。
- (3) 小腸機能障害を併せもつ場合については、必要とされる栄養摂取の方法等が、どちらの障害によるものであるか等について詳細に診断し、該当する障害について認定することが必要である。



**障害等級と日常生活におけるコミュニケーション活動(場とレベル)の具体的状況例**

〔 3 級の欄の音声言語機能のレベルに該当すれば 3 級と判定する  
 3 級の欄の項目が可能でも、4 級の欄のレベルであれば 4 級と判定する 〕

※ それぞれの項目について、できる場合は (○) を、できない場合は (×) をご記入下さい。

障害等級	コミュニケーションのレベル コミュニケーションの場	理解面	○ ×	表出面	○ ×
		3 級	本人 ↓↑ 家族  状況依存度が 高い	・本人や家族の名前がわかる ・住所がわかる ・日付、時間がわかる ・部屋の中の物品を言われてわかる ・日常生活動作に関する指示がわかる <風呂に入って、ST に行って、薬を 2 錠飲んで…>	
4 級	本人 ↓↑ 家族 周辺  状況依存度が 低い	・問診の質問が理解できる ・治療上の指示が理解できる <PT、薬の飲み方…> ・訪問者の用件がわかる ・電話での話がわかる ・尋ねた道順がわかる ・おつかいができるくどこで、何を、いくつ、いくら、誰に、いつ>		・病歴、病状が説明できる (通じる) ・治療上のことについて、質問ができる (通じる) ・家族に内容を伝えることができる ・訪問者に用件を質問できる (通じる) ・用件を家族に伝えることができる ・電話で応答できる ・家族に内容を伝えることができる (いつ、誰、何、どこ) ・知り合いに電話をかけて用件を伝えることができる (通じる) ・行先を言える (通じる) ・道順を尋ねることができる (通じる) ・買物をことばでできる (通じる) <何をいくつ、いくら>	
【特記事項】					

年 月 日

医師氏名

印

総括表

身体障害者診断書・意見書(肢体不自由用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女		
住 所				
① 障害名(部位を明記)				
② 原因となった 疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他( )		
③ 疾病・外傷発生年月日		年 月 日・場所		
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真・CT・MRI等を含む)				
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日				
⑨ 総合所見(脳血管疾患の場合は、部位及び大きさ・発生前後の身体状況の相違について記載)				
〔将来再認定〕				
		<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 <input type="checkbox"/> 再認定は不要		
人工関節置換術又は人工骨頭置換術日( 年 月 日)				
⑩ その他参考となる合併症状(認知症等、障害に影響する傷病)				
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号				
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、_____ 級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。 ※早見表による根拠				
	障 害 部 位	等 級	項 目	指 数
	合 計			
注意 1 障害名欄には現在起こっている障害、例えば上肢機能障害(右手関節強直、右肩関節機能全廃等)を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、慢性関節リウマチ等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。				

肢体不自由の状況及び所見

1 神経学的所見その他の機能障害(形態異常)の所見(該当するものを○で囲み、下記空欄に追加所見記入)

- (1) 感覚障害(下記図示)：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- (2) 運動障害(下記図示)：なし・し緩性麻痺・けい性麻痺・固縮・不随意運動・しんせん・運動失調・  
腱反射(亢進・減弱・消失)・病的反射・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

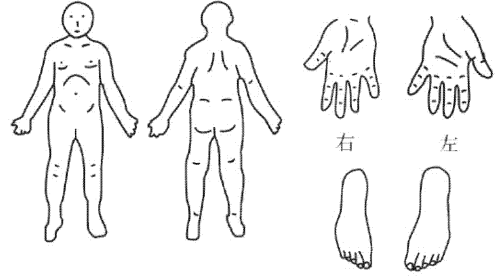
参考図示

2 計測

右		左
	上肢長cm	
	下肢長cm	
	上腕周径cm	
	前腕周径cm	
	大腿周径cm	
	下腿周径cm	
	握力kg	

計測法：

上肢長：肩峰→橈骨茎状突起  
 下肢長：上前腸骨棘→(脛骨)内果  
 上腕周径：最大周径  
 前腕周径：最大周径  
 大腿周径：膝蓋骨上縁上10cmの周径  
 (小児等の場合は別記)  
 下腿周径：最大周径



× 変形    ■ 切離断    ▨ 感覚障害    ▩ 運動障害

上腕切離	健側上腕長cm	
	患側断端長cm	
大腿切離	健側大腿長cm	
	患側断端長cm	
下腿切離	健側下腿長cm	
	患側断端長cm	

計測法：

上腕切離：腋高レベル～上腕断端までの距離  
 大腿切離：股レベル～大腿断端までの距離  
 下腿切離：内側膝関節裂隙～下腿断端までの距離

※ 3、4、5については、壁づたい、つえ及び補装具等を使用しない場合での状況を記入すること。

- 3 歩行能力 正常に可能・ m歩行可能・歩行不能
- 4 起立位 正常に可能・ 分間以上困難・不能
- 5 片脚での起立位保持 (可・不可)

6 動作・活動 自立—○ 半介助—△ 全介助又は不能—×、( )の中のものを使う時はそれに○(下記 注参照)

寝返りする	洋式便器に座る	いすに腰かける	横座り	あぐら	正座
-------	---------	---------	-----	-----	----


新聞紙をつまむ	右	左	背中を洗う	
丸めた週刊誌を握る	右	左	排泄の後始末をする	
コップで水を飲む	右	左	かぶりシャツを着て脱ぐ	
はしで食事をする	右	左	ズボンをはいて脱ぐ(自助具)	
さじで食事をする(自助具)	右	左	靴下をはく	
字を書く	右	左	立つ(手すり、壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具)	
ブラシで歯をみがく(自助具)	右	左	家の中の移動(壁、つえ、松葉づえ、義肢、装具、車いす)	
顔を洗いタオルでふく			屋外を移動する(家の周辺程度)(つえ、松葉づえ、車いす)	
タオルを絞る			二階まで階段を上って下りる(手すり、つえ、松葉づえ)	
ひもを結ぶ			公共の乗物を利用する	


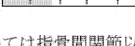
注：身体障害者福祉法の等級は機能障害 (impairment) のレベルで認定されるので、( )の中に○がついている場合、原則として自立していないという解釈になる。

関節可動域(ROM)と筋力テスト(MMT)(この表は必要な部分を記入) 検査日 ( 年 月 日)

筋力テスト( )		関節可動域		筋力テスト( )		関節可動域		筋力テスト( )												
180	150	120	90	60	30	0	30	60	90	90	60	30	0	30	60	90	120	150	180	
( ) 前屈										後屈( ) 頸	( ) 左屈									右屈( )
( ) 前屈										後屈( ) 体幹	( ) 左屈									右屈( )
右 ( ) 屈曲										伸展( )	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 外転										内転( ) 肩	( ) 内転									外転( )
( ) 外旋										内旋( )	( ) 内旋									外旋( )
( ) 屈曲										伸展( ) 肘	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 回外										回内( ) 前腕	( ) 回内									回外( )
( ) 掌屈										背屈( ) 手	( ) 背屈									掌屈( )
( ) 屈曲										伸展( ) 母	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( ) 示	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( ) 中	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( ) 環	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( ) 小	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( ) 母	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( ) 示	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( ) 中	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( ) 環	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( ) 小	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 屈曲										伸展( )	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 外転										内転( ) 股	( ) 内転									外転( )
( ) 外旋										内旋( )	( ) 内旋									外旋( )
( ) 屈曲										伸展( ) 膝	( ) 伸展									屈曲( )
( ) 底屈										背屈( ) 足	( ) 背屈									底屈( )

備考 筋力と動作・活動状況に乖離がある場合は、その理由を必ず記入すること。

- 注：1 関節可動域は、他動的可動域を原則とする。  
 2 関節可動域は、基本肢位を0度とする日本整形外科学会、日本リハビリテーション医学会の指定する表示法とする。  
 3 関節可動域の図示は、のように両端に太線をひき、その間を線で結ぶ。強直の場合は、強直肢位に波線( S )を引く。  
 4 筋力については、徒手筋力テスト段階5により、表( )内に0~5(又は×△○印)を記入する。  
 ×印は筋力消失又は著減(筋力0、1、2該当)、△印は筋力半減(筋力3該当)、○印は筋力正常又はやや減(筋力4、5該当)(ただし、○印については、筋力正常若しくはやや減、又は、4若しくは5の区別を明記する。)  
 5 (PIP)の項母指は(IP)関節を指す。  
 6 DIPその他手指の対立内外転等の表示は必要に応じ備考欄を用いる。  
 7 図中ぬりつぶした部分は、参考的正常範囲外の部分で、反張膝等の異常可動はこの部分にはみ出し記入となる。

例示  × (2) 伸展  屈曲 (3) △

- 備考 1 異常がある部位は全て記入すること。  
 2 手指の欠損部位を示す場合には、おや指については指骨関節以上その他の指については近位指節間関節を欠くか否かを明示すること。

### 二つ以上の障害が重複する場合の取扱い

1 二つ以上の障害が重複する場合の障害等級は、重複する障害の合計指数に応じて、次により認定する。

合計指数	18以上	17～11	10～7	6～4	3～2	1
認定等級	1級	2級	3級	4級	5級	6級

2 合計指数の算定方法

(1) 合計指数は次の等級別指数表により、各々の障害の該当する等級の指数を合計したものとす。

障害等級	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
指 数	18	11	7	4	2	1	0.5

(2) 合計指数算定の特例

同一の上肢又は下肢に重複して障害がある場合の当該一上肢又は一下肢に係る合計指数は、機能障害のある部位(機能障害が2か所以上あるときは上位の部位とする。)から上肢又は下肢を欠いた場合の障害等級に対応する指数の値を限度とする。

(例) 右上肢のすべての指を欠くもの 3級 等級別指数 7  
 手関節の全廃 4級 " 4  
 合計指数 11

上記の場合、指数の合計は11となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は7となる。

右上肢を手関節から欠くもの 3級 等級別指数 7  
 (例) 左上肢の肩関節の全廃 4級 等級別指数 4  
 " 肘関節 " 4級 " 4  
 " 手関節 " 4級 " 4  
 合計指数 12

上記の場合、指数の合計は12となるが次の障害の指数が限度となるため合計指数は11となる。

左上肢の肩関節から欠くもの 2級 等級別指数 11

総括表 身体障害者診断書・意見書(脳原性運動機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女																
住 所																		
① 障害名(部位を明記)																		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他( )																
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所																		
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)																		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日																		
⑪ 総合所見																		
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">〔将来再認定〕</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月</p> <p style="margin: 0;"><input type="checkbox"/> 再認定は不要</p> </div>																
⑫ その他参考となる合併症状																		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印</p> <p style="text-align: center;">病院又は診療所の名称</p> <p style="text-align: center;">所 在 地 〒</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p>																		
<p>身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕</p> <p>障害の程度は、_____級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。</p> <p>※早見表による根拠</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">障 害 部 位</th> <th style="width:10%;">等 級</th> <th style="width:50%;">項 目</th> <th style="width:20%;">指 数</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>上肢機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>移動機能障害</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">合 計</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			障 害 部 位	等 級	項 目	指 数	上肢機能障害				移動機能障害				合 計			
障 害 部 位	等 級	項 目	指 数															
上肢機能障害																		
移動機能障害																		
合 計																		
<p>注意 1 障害名欄には現在起っている障害、例えば脳原性運動機能障害(上下肢不随意運動)等を記入し、原因となった疾病・外傷名欄には、脳性麻痺等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。</p>																		

## 脳原性運動機能障害用

## 1 上肢機能障害

## ア 両上肢機能障害

〈ひも結びテスト結果〉

1 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

2 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

3 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

4 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

5 度目の 1 分間 \_\_\_\_\_ 本

計 \_\_\_\_\_ 本

## イ 一上肢機能障害（該当するものを○で囲むこと）

〈5 動作の能力テスト結果〉

a 封筒をはさみで切るときに固定する （可能・不可能）

b 財布から硬貨を出す （可能・不可能）

c 傘をさす （可能・不可能）

d 健側の爪を切る （可能・不可能）

e 健側のそで口のボタンをとめる （可能・不可能）

## 2 移動機能障害（該当するものを○で囲むこと）

〈下肢・体幹機能評価結果〉

a つたい歩きをする。 （可能・不可能）

b 支持なしで立位を保持し、その後 10m 歩行する （可能・不可能）

c いすから立ち上り 10m 歩行し、再びいすに座る （可能・不可能） \_\_\_\_\_ 秒

d 50cm 幅の範囲内を直線歩行する （可能・不可能）

e 足を開き、しゃがみこんで再び立ち上る （可能・不可能）

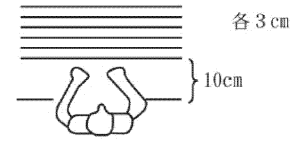
（注）この様式は、脳性麻痺及び乳幼児期に発現した障害によって脳性麻痺と類似の症状を呈する者で肢体不自由一般の測定方法を用いることが著しく不利な場合に適用する。

## (備考) 上肢機能テストの具体的方法

## ア ひも結びテスト

事務用とじひも(概ね43cm規格のもの)を使用する。

- ① とじひもを机の上、被験者前方に図のように置き並べる。
- ② 被験者は手前のひもから順にひもの両端をつまんで、軽くひと結びする。



(注) ○上肢を体や机に押し付けて固定してはいけない。

○手を机上に浮かしてむすぶこと。

- ③ むすび目の位置は問わない。
- ④ ひもが落ちたり、位置から外れたときには検査担当者が戻す。
- ⑤ ひもは検査担当者が随時補充する。
- ⑥ 連続して 5 分間行っても、休み時間を置いて 5 回行ってもよい。

## イ 5 動作の能力テスト

- a 封筒をはさみで切るときに固定する。

患手で封筒をテーブルの上に固定し、健手ではさみを用い封筒を切る。患手を健手で持って封筒の上のせてもよい。封筒の切る部分をテーブルの端から出してもよい。はさみはどのようなものを用いてもよい。

- b 財布から硬貨を出す。

財布を患手で持ち、空中に支え(テーブル面上ではなく)、健手で硬貨を出す。ジッパーを開けて閉めることを含む。

- c 傘をさす。

開いている傘を空中で支え、10秒間以上まっすぐ支えている。

立位ではなく座位のままでよい。肩にかついではいけない。

- d 健側の爪を切る。

大きめの爪切り(約10cm)で特別の細工のないものを患手で持って行う。

- e 健側のそで口のボタンをとめる。

のりのきいていないワイシャツを健肢にそでだけ通し、患手でそで口のボタンをかける。女性の被験者の場合も男性用ワイシャツを用いる。



総括表 身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳以上用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記) 心臓機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他( )
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所		
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑬ 総合所見		
[将来再認定]		
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する		
再認定の時期 年 月		
<input type="checkbox"/> 再認定は不要		
⑭ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。		
年 月 日		
診療担当科名 科		15条指定医師氏名 印
病院又は診療所の名称		
所 在 地 〒		
電 話 番 号		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕		
障害の程度は、 _____ 級相当に _____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。		
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症等原因となった疾患名を記入してください。		
2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。		
3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳以上用)

(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 ( 年 月 日)

- ア 動 悸 ( 有 ・ 無 )      キ 浮 腫 ( 有 ・ 無 )
- イ 息 切 れ ( 有 ・ 無 )      ク 心 拍 数                      回/分
- ウ 呼 吸 困 難 ( 有 ・ 無 )      ケ 脈 拍 数                      回/分
- エ 胸 痛 ( 有 ・ 無 )              コ 血 圧 (最大                  ・ 最小                  )
- オ 血 痰 ( 有 ・ 無 )              サ 心 音 ( 清 ・ 濁 ・ その他 (                  ) )
- カ チアノーゼ ( 有 ・ 無 )        シ B N P 値 (                      )

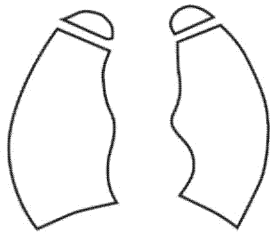
(NT-proBNPでも可)

ス 重い不整脈発作のある場合は、その発作時の臨床症状・頻度・持続時間・発作年月日・心電図所見等を記入

セ その他の臨床所見

- ・心エコー所見 ( 年 月 日)
- ・左室駆出率 (LVEF) (                  ) %

2 胸部エックス線所見 ( 年 月 日)



心胸比 (                  ) %

他所見 (                  )

3 心電図所見 ( 年 月 日)

- ア 陳 旧 性 心 筋 梗 塞 ( 有                  ・                  無 )
- イ 心 室 負 荷 像 ( 有 (右室、左室、両室) ・ 無 )
- ウ 心 房 負 荷 像 ( 有 (右房、左房、両房) ・ 無 )
- エ 脚 ブ ロ ッ ク ( 有 (右、左) ・                  無 )
- オ 完 全 房 室 ブ ロ ッ ク ( 有                  ・                  無 )
- カ 不 完 全 房 室 ブ ロ ッ ク ( 有 第                  度 ・                  無 )
- キ 心 房 細 動 ( 粗 動 ) ( 有                  ・                  無 )
- ク 期 外 収 縮 ( 有 (心室性・上室性) ・ 無 )
- ケ S T の 低 下 ( 有                  mV ・                  無 )
- コ 第 I 誘導、第 II 誘導及び胸部誘導 ( 有                  ・                  無 )  
(ただし、V1を除く)のいずれかのTの逆転
- サ 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 ( 有                  ・                  無 )

## 4 その他の所見（該当する場合は記入すること）

## 5 活動能力の程度

- 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの又はこれらの活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こらないもの（非該当）
- 家庭内での普通の日常生活活動若しくは社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの又は頻回に頻脈発作を繰り返す、日常生活若しくは社会生活に妨げとなるもの（4級相当）
- 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状が起こるもの（4級相当）
- 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動では心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は頻回に頻脈発作を起こし、救急医療を繰り返し必要としているもの（3級相当）
- 安静時若しくは自己身の日常生活活動でも心不全症状若しくは狭心症症状が起こるもの又は繰り返してアダムスストークス発作が起こるもの（1級相当）

6 人工弁移植、弁置換 （有・無） 手術日（ 年 月 日）

7 ペースメーカ （有・無） 手術日（ 年 月 日）

## 8 ペースメーカ「有」の場合のみ次を記入

## ●ペースメーカの適応度（クラスⅠ・クラスⅡ・クラスⅢ）

※ 「不整脈の非薬物治療ガイドライン（2011年改訂版）」（2010年合同研究班報告）  
におけるエビデンスと推奨度のグレードについて、当てはまるものに○をすること。

## ●身体活動能力（運動強度）検査日・判断日（ 年 月 日）（メッツ）

※ メッツ値について、症状が変動（重くなったり軽くなったり）する場合は、症状がより  
重度の状態（メッツ値が一番低い値）を記載すること。

総括表 身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳未満用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記) 心臓機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名		交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他( )
③ 疾病・外傷発生年月日 年 月 日・場所		
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
障害固定又は障害確定(推定) 年 月 日		
⑤ 総合所見		
<div style="text-align: right;"> <p>〔将来再認定〕</p> <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月  <input type="checkbox"/> 再認定は不要 </div>		
⑥ その他参考となる合併症状		
<p>上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。</p> <p>年 月 日</p> <p>診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印</p> <p>病院又は診療所の名称</p> <p>所 在 地 〒</p> <p>電 話 番 号</p>		
<p>身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕</p> <p>障害の程度は、_____級相当に__ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。</p>		
<p>注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症等原因となった疾患名を記入してください。</p> <p>2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。</p> <p>3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。</p>		

心臓の機能障害の状況及び所見(18歳未満用)

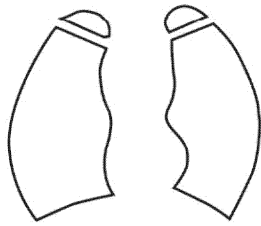
(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 ( 年 月 日)

- ア 著しい発育障害 (有・無)      オ チアノーゼ (有・無)
- イ 心音・心雑音の異常 (有・無)      カ 肝腫大 (有・無)
- ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無)      キ 浮腫 (有・無)
- エ 運動制限 (有・無)

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 ( 年 月 日)



心 胸 比  
( ) %

- ア 心胸比0.56以上 (有・無)
- イ 肺血流量増又は減 (有・無)
- ウ 肺静脈うっ血像 (有・無)

(2) 心電図所見 ( 年 月 日)

- ア 心室負荷像 (有<右室、左室、両室>・無)
- イ 心房負荷像 (有<右房、左房、両房>・無)
- ウ 病的不整脈 [種類 ] (有・無)
- エ 心筋障害像 [所見 ] (有・無)

(3) 心エコー図、冠動脈造影所見 ( 年 月 日)

- ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 (有・無)
- イ 冠動脈瘤又は拡張 (有・無)
- ウ その他 ( )

3 養護の区分

- 6か月～1年ごとの観察(非該当)
- 1か月～3か月ごとの観察(4級相当)
- 症状に応じて要医療(4級相当)
- 継続的要医療(3級相当)
- 重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的治療を要するもの(1級相当)

総括表 身体障害者診断書・意見書(じん臓機能障害用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記)	じん臓機能障害	
② 原因となった 疾病・外傷名	交通・労災・その他の事故 疾病・先天性・その他( )	
③ 疾病・外傷発生年月日	年 月 日・場所	
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
障害固定又は障害確定(推定)		年 月 日
⑦ 総合所見		
<div style="text-align: right;">〔将来再認定〕</div> <input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月 <input type="checkbox"/> 再認定は不要		
⑧ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。 年 月 日 診療担当科名 科 15条指定医師氏名 印 病院又は診療所の名称 所 在 地 〒 電 話 番 号		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕 障害の程度は、_____級相当に (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。		
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、慢性糸球体腎炎等原因となった疾患名を記入してください。 2 治療又は手術後の症状が固定した状態で記入してください。 3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。		

じん臓の機能障害の状況及び所見

- 1 身長 ( ) cm ・ 体重 ( ) kg
- 2 じん臓機能 ( 年 月 日 )
- ア 内因性クレアチニンクリアランス値 ( ml/分 ) エ 24時間尿量 ( ml/日 )
- イ 血清クレアチニン濃度 ( mg/dl ) オ 尿所見 ( )
- ウ 血清尿素窒素濃度 ( mg/dl )
- 3 その他参考となる検査所見 (胸部エックス線写真、眼底所見、心電図等) ( 年 月 日 )
- 4 臨床症状 (該当する項目が有の場合は、裏づける所見を記入すること) ( 年 月 日 )

臨床症状	有 無 (どちらかに○)	裏づける所見 (有の場合に記載)
ア じん不全に基づく末梢神経症	有 無	所見
イ じん不全に基づく消化器症状	有 無	<input type="checkbox"/> 食思不振 <input type="checkbox"/> 悪心 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢
ウ 水分電解質異常	有 無	Na ( ) mEq/l K ( ) mEq/l Ca ( ) mg/dl P ( ) mg/dl <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 乏尿 <input type="checkbox"/> 多尿 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 肺うっ血 <input type="checkbox"/> その他( )
エ じん不全に基づく精神異常	有 無	所見
オ X線写真所見における骨異常栄養症	有 無	<input type="checkbox"/> 高度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 軽度
カ じん性貧血	有 無	Hb ( ) g/dl Ht ( ) % 赤血球数 ( ) ×10 <sup>4</sup> /mm <sup>3</sup>
キ 代謝性アシドーシス	有 無	HCO <sub>3</sub> ( ) mEq/l
ク 重篤な高血圧症	有 無	最大血圧/最小血圧 ( ) / ( ) mmHg
ケ じん不全に直接関連するその他の症状	有 無	所見

5 現在までの治療内容

6 慢性透析治療の実施の有無

- 有 ( 年 月 日 導入 )
- 開始予定 ( 年 月 日 導入予定 ・ 未定 )
- 無

7 日常生活の制限による分類

- 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動については支障がなく、それ以上の活動でも著しく制限されることがないもの (非該当)
- 家庭内での普通の日常生活活動又は社会での極めて温和な日常生活活動には支障がないが、それ以上の活動は著しく制限されるもの (4級相当)
- 家庭内での極めて温和な日常生活活動には支障がないがそれ以上の活動は著しく制限されるもの (3級相当)
- 自己の身の周りの日常生活活動を著しく制限されるもの (1級相当)