

(肢)

国民年金 断書 (肢体の障害用)
厚生年金保険

(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	診療録で確認して 本人の申立て (年 月 日)
④ 傷病の原因又は誘因		⑤ 既存障害		昭和 平成 令和	年	月	日	診療録で確認して 本人の申立て (年 月 日)
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。		⑥ 既往症		傷病が治っている場合		治った日	平成 令和	年 月 日 確認推定
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)		傷病が治っていない場合						
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		治療回数		年間		回	月平均	
⑩ 計測 (平成・令和 年 月 日計測)		身長 体重		c m k g		血圧		最高 最低 mmHg 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	
	創面治ゆ日		平成・令和		年 月 日		× 変形	
	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	
	外観		弛緩性		痙直性		不随意運動性	
	起因部位		脳性		脊髄性		末梢神経性	
	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		バビンスキー反射	
	その他		排尿障害		有・無		排便障害	
	⑫ 脊柱の他動可動域		部位		前屈		後屈	
	⑬ 人工骨頭・人工関節の装着の状態		部位		手術日		平成・令和	
⑭ 握力		右		左		kg		
⑮ 手(足)指関節の域		部位		母指		示指		
				屈曲		伸展		
				屈曲		伸展		
				屈曲		伸展		
				屈曲		伸展		
				屈曲		伸展		

(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。

「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) 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)																
①⑥ 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	消失
①⑥ 関 節 可 動 域 及 び 筋 力	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															
膝 関 節	屈 曲															
	伸 展															
足 関 節	背 屈															
	底 屈															
①⑦ 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		
①⑧ 日 常 生 活 に お け る 動 作 の 障 害 の 程 度	<p style="color: red; font-weight: bold;">補助用具を使用しない状態で判断してください。</p> <p>一人ですべてできる場合には 「○」 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;">(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		(このような姿勢を継続する)								
	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)		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
	i	上衣の着脱		(かぶりシャツを着て脱ぐ)		両手										
	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		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
①⑨ 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 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。											
①⑩ 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		補助用具は使用していない										
①⑪ その他の精神・身体の障害の状態																
①⑫ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力			(補助用具を使用しない状態で判断してください。)													
①⑬ 予 後																
①⑭ 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