

身体障害者医学的判定カード1 (肢体不自由用:補装具費支給意見書)

受付番号: _____ (判定書番号 一)

身体障害者更生相談所:和歌山県子ども・障害者相談センター

相談日	令和 年 月 日	場所				手帳区分: 1 身体障害者 2 戦傷病者 3 他()				
フリガナ 氏 名			男 女	生年 月 日	船・疋・囃・穢・領 年 月 日生()歳			在宅: 独居・ 人暮らし 入院・入通所()		
住 所	Tel						就労: 無・有()			
手 帳	障害名:									
	程度: 種 級	番号: 第 号	交付	昭和・平成・令和 年 月 日	追加・変更・再交付	昭和・平成・令和 年 月 日				
起 因 傷病名	病名: 脊髄損傷・脳血管疾患・CP・RA・その他				原因: 疾病・先天性・交通・労災・その他事故・戦傷・その他					
現 病 歴	大正・昭和・平成・令和 年 月 日発症				合重 併複 症障 及害 び等	療育手帳: 無・有()			視覚障害 聴覚障害 言語障害 意思疎通 指示理解	

障害の状況：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する			身長	cm	体重	kg

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

【関節可動域・筋力の状況】

【神経学的及びその他の所見】

- 1 感覚障害：なし・感覚脱失・感覚鈍麻・異常感覚
- 2 運動障害：なし・弛緩性麻痺・痙性麻痺・固縮・失調・不随意運動・しんせん・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

右
左

× 変形 切断肢 感覚障害 運動障害

生活動作程度	歩 行	室内：可（独歩・装具・杖）・不可 屋外：可（独歩・装具・杖）・不可	移 動	室内：歩行・車いす・四這い・その他（ 屋外：歩行・車いす・四這い・その他（
	立 位	可（要支持・つかまり立ち・独力）・要介助・不可	着脱衣	自立・介助（部分・全域）
	坐 位	可（正座・長坐・胡座・椅子坐位）・不可	摂 食	自立・介助（部分・全域）、利き手 右・左
	手指動作	正常・拙劣・実用性欠	排泄処理	自立・介助（部分・全域）

結果・指示	1 補装具：製作・修理 (要・否)	【補装具の種目、名称、及び処方(別添 有・無)等】
	2 手帳相談： 級相当	
	3 その他()	※使用効果見込み：

上 記 の と お り 意 見 す る			
令和	年	月	日
医療機関名			
診療科名及びTEL		医師名	