様式第３号

（表　　面）

特別児童扶養手当認定診断書

（肢体不自由用）

（ふりがな） **氏　　名**		**生年月日**	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　　郡市区			

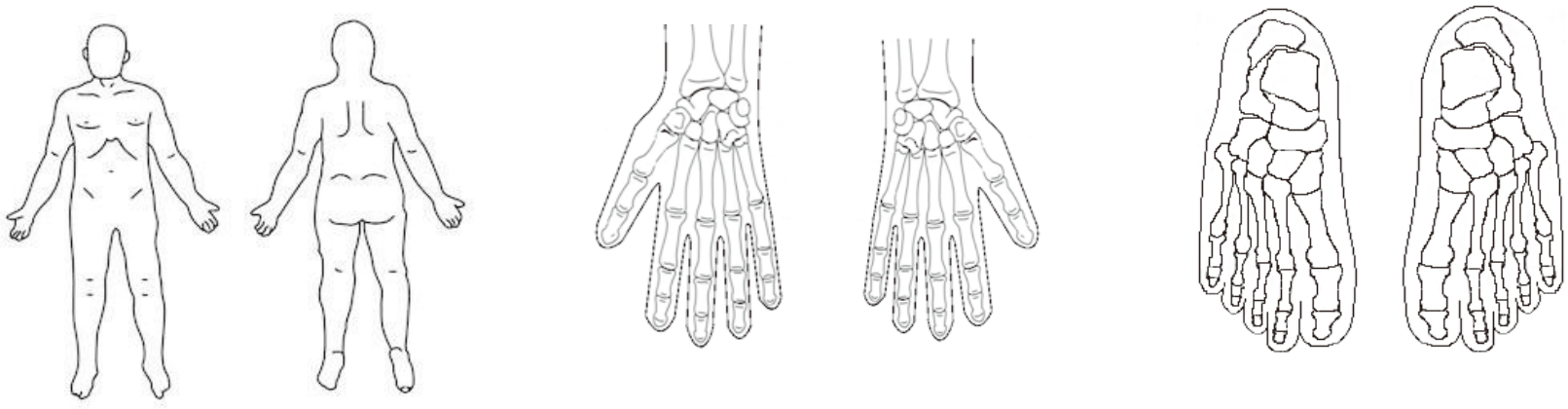
① **傷病の原因となった傷病名**		② **傷病の発生年月日**	平成 令和　　年　　月　　日	・診療録で確認 ・本人の申し立て
		③ **①のため初めて医師の診断を受けた日**	平成 令和　　年　　月　　日	・診療録で確認 ・本人の申し立て
④ **傷病の原因又は誘因**		⑤ **既存障害**		⑥ **既往歴**

⑦ **傷病が治った（傷病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 令和　　年　　月　　日（確認・推定）
	傷病が治っていいない場合　……　症状のよくなる見込　　有　・　無　・　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 （平成・令和　　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**		**診療回数**	年間　　回 月平均　　回
⑩	**計　　測** （平成・令和　　年　　月　　日計測）	身長　　ｃｍ 体重　　ｋｇ	血圧	最高　　ｍｍHg 最低　　ｍｍHg

障　害　の　状　態　　（令和　　年　　月　　日現症）

⑬ **切断又は離断・変形・麻痺**



切断又は離断日　　平成・令和　　年　　月　　日　　■ 離断　　× 変形　　▨ 感覚麻痺　　▤ 運動麻痺

創面治ゆ日　　平成・令和　　年　　月　　日

切断又は裁断の場合の神経・運動障害	断端の痛み　有　・　無　　すぐ上の関節の異常　有　・　無　　（有の場合は⑯に記入してください。）
外観	弛緩性　・　痙直性　・　不随意運動性　・　失調性　・　強剛性　・　しんせん性
起因部位	脳性・脊髄性・末梢神経系・筋性・その他（心因性のものと思われる場合は、その旨記載してください。）
種類及びその程度	知覚麻痺（　脱失　・　鈍麻　・　過敏　・異常　）　　運動麻痺

反射	右				左			
	上肢	下肢	バビンスキー反射	その他の病的反射	上肢	下肢	バビンスキー反射	その他の病的反射

その他　　排尿障害　有　・　無　　排便障害　有　・　無し　　褥瘡又はその瘢痕　有　・　無

⑫ **脊柱の障害**

脊柱の可動域						
部位	前屈	後屈	右側屈	左側屈	右廻旋	左廻旋
頸部						
胸腰部						

随伴する脊髄・根症状などの臨床症状

⑬ **人工骨頭・人工関節の装着の状態**	部位 手術日　　平成・令和　　年　　月　　日	⑭ **握力**	右 ｋｇ	左 ｋｇ

⑮ **手（足）指関節の多動可動域**

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
中手（足）指節間関節（MP）	右										
	左										
近位伊比節間関節（PIP） （母指では指節間関節）	右										
	左										

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄は斜線により抹消してください。字は楷書ではっきりとご記入ください。

（裏　面）

障　害　の　状　態　（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 関節可動域（角度） 強直肢位	右 関節可動域（角度） 他動可能域	右 筋力 正常	右 筋力 やや減	右 筋力 半減	右 筋力 著減	右 筋力 消失	左 関節可動域（角度） 強直肢位	左 関節可動域（角度） 他動可能域	左 筋力 正常	左 筋力 やや減	左 筋力 半減	左 筋力 著減	左 筋力 消失
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														
	外転														
膝関節	屈曲														
	伸展														
足関節	背屈														
	底屈														

⑰ 四肢長及び四肢囲

右 上肢長	右 上腕囲	右 前腕囲	右 大腿囲	右 下腿囲	右 上肢長	左 上肢長	左 上腕囲	左 前腕囲	左 大腿囲	左 下腿囲	左 上肢長

⑱ 日常生活における動作の障害程度

補助用具を使用しない状態で判断してください。

- 一人でもうまくできる場合には　……「　○　」
- 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　……「△×」
- 一人では全くできない場合には　……「　×　」

（該当する記号を下欄に記入又は記号を○で囲んでください。）

日常生活における動作	右	左
つまむ　（新聞紙が引き抜けない程度）		
握る　（丸めた週刊誌が引き抜けない程度）		
タオルを絞る　（水をきれる程度）	両　手	
ひもを結ぶ	両　手	
さじで食事をする		
顔に手のひらをつける		
用便の処置をする（ズボンの前のところに手をやる）		
用便の処置をする（尻ところに手をやる）		
上衣の着脱　（かぶりシャツを着て脱ぐ）	両　手	
上衣の着脱　（ワイシャツを着てボタンをとめる）	両　手	
ズボンの着脱　（どのような姿勢でもよい）	両　手	
靴下を履く　（どのような姿勢でもよい）	両　手	

日常生活における動作	右	左
片足で立つ		
座る（正座横すわり、あぐら、脚なげだし）※このような姿勢を持続する		
深くおじぎ（最敬礼）をする		
歩く（屋内）		
歩く（屋外）		

立ち上る	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
階段を上る	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
階段を下りる	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

⑲ 補助用具使用状況

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。

1　〔　　〕上肢補装具　　2　〔　　〕下肢補装具（左・右）
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

ア　常時（起床より就寝まで）使用
イ　常時ではないが使用

左記の使用状況について、詳しく記入してください。

⑳ その他の精神・身体の障害の状態

㉑ 現症時の日常生活活動能力

（必ず記入してください）

㉒ 予後

（必ず記入してください）

㉓ 備考

上記のとおり、診断します。　　令和　　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

注　意

1　この診断書は、特別児童扶養手当の受給資格を認定するための資料の一つです。
この診断書は障害者の障害の状態を証明するために使用されます。記入事項に不明な点があると認定が遅くなることがあります。出来るだけ詳しく記入してください。

2　〇・×で答えられる欄は、該当するものを〇で囲んでください。記入しきれない場合は、備考欄や別紙に記入してください。

3　③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、障害の原因となった傷病について、初めて医師の診断を受けた日を記入してください。以前に他の医師や医療機関で診断を受けた場合は、障害者本人又はその父母等の申立てによって記入してください。
また、それが不明な場合には、その旨を記入してください。

4　⑨の欄の「診療回数」は、現症日前１年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数１日は、診療回数１回として計算してください。

5　「障害の状態」の欄は、次によりご記入ください。

(1) 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。）
なお、該当欄に記入しきれない場合は、備考欄や別紙に記入してください。

(2) ⑫の欄の「脊柱の可動域」、⑮の欄の「手（足）指関節の他動可動域」及び⑯の欄の「関節可動域」の測定は、日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた方法により行ってください。

(3) ⑯の欄の「筋力」の程度を表す具体的な「程度」は次のとおりです。
正　常‥‥・検者が手で加える十分の抵抗を排して自動可能な場合
やや減‥‥・検者が手を置いた程度の抵抗を排して自動可能な場合
半　減‥‥・検者の加える抵抗には抗じ得ないが、自分の体部分の重さに対して抗して自動可能な場合
著　減‥‥・自分の体部分の重さに抗じ得ないが、それを排するような肢位では自動可能な場合
消　失‥‥・いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合

(4) ⑰の欄の上肢長は、肩峰尖端より橈骨茎上突起尖端まで、下肢長は前上腸骨棘より内果尖端までの距離を測ってください。
また、上腕囲、前腕囲、下腿囲は最大周囲径を、大腿囲は膝蓋上縁上10センチメートルの周囲径を測ってください。

（関節可動域測定参考図）

