

## 診 断 書

氏 名		生 年 月 日	年 月 日生	男・女
就 学 状 况	不就学	在学(学校名、学年)		卒業
就 労 状 况	就 労 場 所	1 なし 2 授産施設 3 小規模作業所 4 あり(具体的に) 5 その他 ( ) ( )		
	就 労 能 力	1 障害のために就労できない 2 障害のために就労に高度の制限を受けている 3 障害のために就労に制限を受けている 4 就労にほとんど制限を受けない		

注 I、II及びIIIが同一医師により診断される場合は、共通する項目については重複して記入する必要はありません。

## I 精神神経障害の程度

診 断 名																																									
障害固定又は障害確定(推定)	年 月 日																																								
精神の症状又は状態像	(易怒、興奮、拒絶、衝動、多動、寡動、自閉、過敏、睡眠障害、その他)	てんかん発作(けいれん発作) なし あり( 回/年 月 週 日) ・強直～間代性 ・欠神性 型・精神運動性 ・その他( )																																							
身体所見(神経学的検査所見を含む)																																									
知能障害の状態	判定(正常、境界線、軽度、中度、重度、最重度) 知能指数又は発達指数(IQ・DQ )	テスト方式( )	テスト不能 精神年齢(MA)																																						
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)																																								
	日常生活力	<table border="1"> <tr> <td>喫食(ひとりできる)</td> <td>介助があればできる</td> <td>できない)</td> </tr> <tr> <td>食事の用意後片付け(ひとりできる)</td> <td>介助があればできる</td> <td>できない)</td> </tr> <tr> <td>用便(月経)の始末(ひとりできる)</td> <td>介助があればできる</td> <td>できない)</td> </tr> <tr> <td>入浴・洗面・着衣(ひとりできる)</td> <td>介助があればできる</td> <td>できない)</td> </tr> <tr> <td>簡単な買い物(ひとりできる)</td> <td>介助があればできる</td> <td>できない)</td> </tr> <tr> <td>家族との話(通じる)</td> <td>少しは通じる</td> <td>通じない)</td> </tr> <tr> <td>家族以外の者との話(通じる)</td> <td>少しは通じる</td> <td>通じない)</td> </tr> <tr> <td>刃物・火事の危険(わかる)</td> <td>少しはわかる</td> <td>わからない)</td> </tr> <tr> <td>火気の使用(ひとりできる)</td> <td>介助があればできる</td> <td>できない)</td> </tr> <tr> <td>戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる)</td> <td>不十分ながら守れる</td> <td>守れない)</td> </tr> <tr> <td>乗り物を利用した外出(ひとりできる)</td> <td>介助があればできる</td> <td>できない)</td> </tr> <tr> <td>電話の応対(できる)</td> <td>少しはできる</td> <td>できない)</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		喫食(ひとりできる)	介助があればできる	できない)	食事の用意後片付け(ひとりできる)	介助があればできる	できない)	用便(月経)の始末(ひとりできる)	介助があればできる	できない)	入浴・洗面・着衣(ひとりできる)	介助があればできる	できない)	簡単な買い物(ひとりできる)	介助があればできる	できない)	家族との話(通じる)	少しは通じる	通じない)	家族以外の者との話(通じる)	少しは通じる	通じない)	刃物・火事の危険(わかる)	少しはわかる	わからない)	火気の使用(ひとりできる)	介助があればできる	できない)	戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる)	不十分ながら守れる	守れない)	乗り物を利用した外出(ひとりできる)	介助があればできる	できない)	電話の応対(できる)	少しはできる	できない)	その他	
喫食(ひとりできる)	介助があればできる	できない)																																							
食事の用意後片付け(ひとりできる)	介助があればできる	できない)																																							
用便(月経)の始末(ひとりできる)	介助があればできる	できない)																																							
入浴・洗面・着衣(ひとりできる)	介助があればできる	できない)																																							
簡単な買い物(ひとりできる)	介助があればできる	できない)																																							
家族との話(通じる)	少しは通じる	通じない)																																							
家族以外の者との話(通じる)	少しは通じる	通じない)																																							
刃物・火事の危険(わかる)	少しはわかる	わからない)																																							
火気の使用(ひとりできる)	介助があればできる	できない)																																							
戸外での危険(交通事故等)から身を守る(守れる)	不十分ながら守れる	守れない)																																							
乗り物を利用した外出(ひとりできる)	介助があればできる	できない)																																							
電話の応対(できる)	少しはできる	できない)																																							
その他																																									
日常生活の介助指導の必要度	1 極めて手数のかかる介助を必要とする 3 生活指導を必要とする	2 比較的簡単な介助と生活指導を必要とする 4 活指導の必要がない																																							
現在行っている治療																																									
症状のよくなる見込																																									
その他特記すべき事項																																									
上記のとおり診断しました。																																									
年 月 日		居住地又は勤務先																																							
		医師氏名																																							
		印																																							

\* 患者の身体状況について、本人又は親権者の申立書等があれば添付のこと。

## II 運動障害の程度

診 断 名				
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日			
関節運動範囲	関節名又は部位	運動の種類方向	自動的 possible 度	他動的 possible 度
歩行(平地)	可能( km)	つたい歩き可能	不 能	
起立位	可 能		不 能	
座 位	正座 横座	あぐら 脚をなげ出して座る	うづくまる	不能
下 肢 長	右	cm	左	cm
握 力	右	kg	左	kg
運 動 麻 痺	右 上肢	右 下肢		
	左 弛緩性 痙 性 不随性	左 強 剛 しんせん	失 調	
その他の運動 障 害	(巧遅性、スピード等)			
日常生活状況	日常生活能力の判定(該当するものを選んで、どれか一つを○で囲むこと)			
	食 用 便 の 始 末	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)
入 浴 ・ 洗 面	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)	
着 衣	(ひとりできる)	介助があればできる	できない)	
そ の 他				
現在行っている 治 療				
症状のよくなる 見 込				
そ の 他 特記すべき事項				
上記のとおり診断しました。				
年 月 日 居住地又は勤務先 医 師 氏 名 印				

## III その他の障害の程度(視力、聴力、咀嚼言語機能障害等)

診 断 名				
障害固定又は 障害確定(推定)	年 月 日			
障害の状態 及び検査所見				
日常生活状況				
現在行っている 治 療				
症状のよくなる 見 込				
その他特記すべき 事 項				
上記のとおり診断しました。				
年 月 日 居住地又は勤務先 医 師 氏 名 印				