

肢

国民年金
厚生年金保険

診 断 書 (肢体の障害用)

(フリガナ)氏名		生年月日	昭和 平成	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	年	月	日	診療録で確認 本人の申立て (年 月 日)	
④ 傷病の原因又は誘因		⑤ 既存障害		⑥ 既往症		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日			
初診年月日(昭和・平成 年 月 日)		平成 年 月 日		昭和 年 月 日		診療録で確認 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。		傷病が治っている場合		治った日		平成 年 月 日		確認 推定	
		傷病が治っていない場合		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 昭和・平成 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 年 月 日計測)		身長		cm		kg		mmHg	
		体重		kg		mmHg		mmHg	
障 害 の 状 態 (平成 年 月 日現症)									
⑪ 切断又は離断・変形・麻痺		右		左		右		左	
切断又は離断日		平成 年 月 日		切断		× 変形		■ 感覚麻痺	
創面治ゆ日		平成 年 月 日		■ 運動麻痺					
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		有・無 (有の場合は⑩欄に記入してください。)	
起 因 部 位		弛緩性		痙直性		不随意運動性		失調性	
種類及びその程度		脳性		脊髄性		末梢神経性		筋性	
		感覚麻痺(脱失・鈍麻・過敏・異常)		運動麻痺					
反 射		右		左		右		左	
		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	
		褥創又はその瘢痕		有・無					
⑫ 脊柱の障害		脊 柱 の 他 動 可 動 域		随伴する脊髄・根症状などの臨床症状					
		部位		前屈		後屈		右側屈	
				左側屈		右回旋		左回旋	
		頸部							
		胸腰部							
⑬ 人工骨頭・人工関節の装着の状態		部 位		手術日		平成 年 月 日		⑭ 握力	
		手術日		平成 年 月 日		kg		kg	
⑮ 手足(指)関節の他動可動域		部 位		母指		示指		中指	
				屈曲		伸展		屈曲	
				伸		展		伸	
				屈曲		伸展		屈曲	
				伸		展		伸	
		中手(足)指節間関節(MP)		右					
				左					
		近位指節間関節(PIP)		右					
				左					
		(母指では指節間関節)							

「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) 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。

(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。)

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」は切り離さないでください。)

記入上の注意

1 この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日(その期間内に治ったときは、その日)において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表(以下「施行令別表」という。)に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。

2 ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。

3 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。

4 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

(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がありません。(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、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。

(2) ⑫の欄の「脊柱の他動可動域」、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ってください。

(裏面へつづく)

(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な抵抗を排して自動可能な場合
- やや減・・・ 検者が手をお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し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合
- 著 減・・・ 自分の体部分の重さに抗し得ないが、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状突起尖端まで、下肢長は前上脛骨棘尖端より脛骨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、下腿囲はその最大周囲径を、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。

(5) 脳血管障害などにより言語障害がある場合は、⑳の欄に会話状態などを記入してください。

(関節可動域測定参考図)

