

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		昭和 平成 年 月 日生( 歳)		男 ・ 女	
住 所		住所地の郵便番号		郡市区 町区 村	
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	
		③ ①のため初めて医師の診療を受けた日		昭和 平成 年 月 日	
④ 傷病の原因又は誘因		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)		⑤ 既存障害	
				⑥ 既往症	
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 月 平均 回	
障 害 の 状 態 (平成 年 月 日 現症)					
⑩ 計 測		身長 cm		最大 mmHg	
		体重 kg		最小 mmHg	
⑪ 切・離断		部位		手関節 前腕 肘関節 上腕 肩関節 リスフラン関節 ショパール関節 足関節 下腿 膝関節 大腿 股関節	
		右			
		左			
		切・離断日		平成 年 月 日	
		創面治癒日		平成 年 月 日	
		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)	
⑫ 脊柱の障害		脊 柱 の 可 動 域		随伴する脊髄・根症状などの臨床症状	
		部位		運動の種類	
		頸部		前屈 後屈 右側屈 左側屈 右回施 左回施	
		胸腰部		自動的 他動的	
				自動的 他動的	
⑬ 麻痺		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・末梢神経性・筋性・その他(心因性のもと思われる場合は、その旨記入してください)	
		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 褥創又はその瘻瘻 有・無	
⑭ 人工骨頭・人工関節の装着の状態		部 位		⑮ 握 力	
		手術日 平成 年 月 日		右 kg 左 kg	
⑯ 手足自動可動域		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	
		右手(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)		右 左	

「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。)