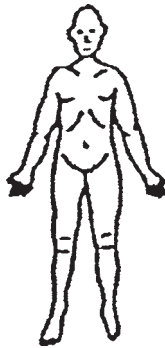


障害児福祉手当（福祉手当）認定診断書（肢体不自由用）

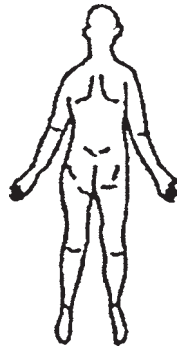
① (ふりがな) 氏 名	-----	男・女	② 生 年 月 日	平成 年 月 日
③ 住 所			④ 障害の原因とな った傷病名	
⑤ 傷病の原因又は誘因	先天性 後天性（疾 病・不慮災・ 労 災・その他）		⑥ 傷 病 発 生 日 年 月 日	平成 年 月 日
⑦ ④のため初めて医師 の診断を受けた日	平成 年 月 日		⑧ 将来再認定の要	有（ 年後）・無

⑨ 現 症

1



正面



背面



左 右

- 欠損部分
- ▨ 知覚脱失部分
- ▧ 知覚鈍麻部分
- ▩ 知覚異常部分
- × その他の障害の部分

(注) 褥瘡^{じよく}癬^{はんこん}痕も記入してください。

2 四肢周径 (cm)

	上腕中央部	前腕最大部	大腿中央部	下腿最大部
右				
左				

3 四肢長 (cm)

	上肢長	下肢長
右		
左		

4 神経学的所見

- (1) 知覚障害……………有 無（あれば上図に記入すること）
- (2) 運動麻痺の種類（該当するものを○で囲んでください。）
弛緩性 痙性 失調性 不随意運動性 強剛（固縮）性 しんせん性
- (3) 障害の起病部位（該当するものを○で囲んでください。）
脳性 脊髄性 末梢^{しよく}神経性 筋性 その他
- (4) 諸反射検査

	上肢 ^{けん} 腱 反 射	下肢 ^{けん} 腱 反 射	バビンスキー反射	その他の病的反射
右				
左				

- (5) ぼうこう・直腸^ひ麻痺……………有 無

