

広島県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十一年三月十九日

広島県知事 藤 田 雄 山

広島県規則第七号

広島県心身障害者扶養共済制度条例施行規則の一部を改正する規則

広島県心身障害者扶養共済制度条例施行規則（昭和四十五年広島県規則第三十五号）の一部を次のように改正する。

別記様式第二号を次のように改める。

別記様式第十号を次のように改める。

様式第10号 (第8条関係)

障害診断書

1. 氏名	男・女	2. 生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
3. 障害の種類	1. 両眼の視力を全く永久に失ったもの 2. 言語の機能を全く永久に失ったもの 3. そしゃくの機能を全く永久に失ったもの 4. 両上肢を手関節以上で失ったもの 5. 両下肢を足関節以上で失ったもの 6. 1上肢を手関節以上で失いつつ、1下肢を足関節以上で失ったもの 7. 両上肢の用を全く永久に失ったもの 8. 両下肢の用を全く永久に失ったもの 9. 10手指を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 10. 両耳の聴力を全く永久に失ったもの	8. 受傷日	(医師推定)・(患者申告)	年 月 日
		9. 初診日		年 月 日
		10. 入院日		年 月 日
		11. 退院日		年 月 日
4. 傷病名		現在入院中		年 月 日
5. 4の原因	(医師推定)・(患者申告)			年 月 日
6. 障害の部位		現在治療中(病院・施設)		年 月 日
7. 今回の受傷以前にあった身体障害	有/無	部位と障害内容	13. 前医	有/無 住所・氏名
14. 今回の受傷(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障害状態の詳細				
治療内容				
手術名				
手術日 年 月 日				
15. 視力障害	裸眼視力・矯正視力		矯正不能・不適の場合は	
	右眼	()	その理由	()
	左眼	()		()
16. 聴力障害	該当する項目に○印をつけてください		(下記A～Cのうち該当する項目に○印をしてください)	
	周波数	500Hz	1000Hz	2000Hz
	a. 聴力レベル	右()dB	()dB	()dB
	b. 聴力損失	左()dB	()dB	()dB
		検査(計測)日 年 月 日		検査(計測)日 年 月 日
18. 言語機能障害	(該当する項目に○印をしてください)		(原因)	
	(程度)		a. こう顕で全出 (1.全部 2.一部)	
	A. 言語機能のそう失(音声調による意志の疎通が全くできない)		b. 中枢性失語症	
	B. 言語機能の著しい障害(身振り、首字その他の補助動作がなくては音声言語による意志の疎通が困難である)		c. 構音障害 (1.口唇音 2.歯舌音 3.1.2.3.4.5.6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16.17.18.19.20.21.22.23.24.25.26.27.28.29.30.31.32.33.34.35.36.37.38.39.40.41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.54.55.56.57.58.59.60.61.62.63.64.65.66.67.68.69.70.71.72.73.74.75.76.77.78.79.80.81.82.83.84.85.86.87.88.89.90.91.92.93.94.95.96.97.98.99.100.)	
	C. 言語機能の障害(簡単な単語の発音により意志の疎通がからうじて可能)		※全不能場合には○印をお願いします	
	D. その他		d. その他() 検査(計測)日 年 月 日	

注 用紙の大きさは、日本工業規格A列3とする。

お願い
15) 20項については、障害のある場合に記載して下さい。
○印は必ずこれか○印をお願いします。
訂正の場合、訂正印を必ず押印願います。

19. 運動麻痺・欠損・短縮

(四肢、手指、足指の切断の場合は、切断箇所にはっきりと線を入れてください。四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。下肢短縮の場合は、その程度(cm)を記入してください。)

検査(計測)日 年 月 日

20. 手指・足指	右(手指・足指)	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	伸縮(一)は、伸縮の範囲を記入して下さい。
	左(手指・足指)	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	
	遠位指節間関節	伸縮度	屈曲度	伸縮度	屈曲度	伸縮度	屈曲度
	中指節間関節	()	()	()	()	()	()
	近位指節間関節	()	()	()	()	()	()

21. 四肢関節の運動障害(自動運動範囲)

部位	運動の種類(範囲)	MMT(注)	伸展度 ~ 屈曲度	内転度 ~ 外転度	内旋度 ~ 外旋度
肩 関節	右	~	~	~	~
	左	~	~	~	~
肘 関節	右	~	~	~	~
	左	~	~	~	~
手 関節	右	~	~	~	~
	左	~	~	~	~
股 関節	右	~	~	~	~
	左	~	~	~	~
膝 関節	右	~	~	~	~
	左	~	~	~	~
足 関節	右	~	~	~	~
	左	~	~	~	~

※MMT(徒手筋力テスト)欄には、結果を0~5の数値にてご記入ください。

22. 回復の可能性と症状の固定についての意見

上記の障害状態を診断された日 年 月 日
症状の固定時期 年 月 日

上記のとおり診断します。 年 月 日

所在地
病院又は診療所等の 名 称
医師氏名

別記様式第二十三号を次のように改める。

附 則

この規則は、平成二十一年四月一日から施行する。