

別紙 1

中枢神経系（脳）の器質性障害（高次脳機能障害及び身体性機能障害）及びせき髄障害に関する意見書（医療機関用）

被災職員の氏名	
生 年 月 日	年 月 日

- 1 中枢神経系（脳）の器質性障害及びせき髄障害が残存する原因となった傷病名
()
- 2 初診年月日及び発症年月日
(初診年月日： 年 月 日、発症年月日： 年 月 日)
- 3 上記 1 の傷病が治ゆ（症状固定を含む。以下同じ。）した年月日
(年 月 日)
- 4 初診時の主訴・症状、主な経過
()
- 5 既存障害（有・無）
(有の場合は、部位、程度、状況等を具体的に記入して下さい。)
()
- 6 脳、せき髄等に係るMRI、CT、X線等の検査所見（脳損傷又はせき髄損傷の部位等）
()
- 7 神経心理学テストによる所見
()
- 8 高次脳機能障害及び労働能力の喪失の程度等に関する意見
次の高次脳機能に障害について、その障害の程度、状況等を、（注）及び別添の「脳損傷又はせき髄損傷による障害の程度の評価表（労災保険用）」を参考として、該当する番号（①～⑦）を御記入の上、具体的な状況等を記入して下さい。（第4次改正・一部）
（注）①多少の困難はあるが概ね自力でできる。
②困難はあるが、概ね自力でできる。
③困難はあるが多少の援助があればできる。
④困難はあるがかなりの援助があればできる。
⑤困難が著しくある。
⑥できない。
⑦特に問題ない（障害なし）。

- (1) 意思疎通能力（言語力、認知力、記銘・記憶力、注意力等）
（ ）
- (2) 問題解決能力（理解力、判断力等）
（ ）
- (3) 作業負荷に対する持続力・持久力
（ ）
- (4) 社会行動能力（協調性等）
（ ）

9 身体性機能障害及びせき髄障害の労働能力の喪失の程度等に関する意見

- (1) 麻痺の範囲等（該当するものを○で囲んで下さい。）
- ア 運動障害の範囲（四肢・片（左・右）・対（上肢・下肢）・単（上肢・下肢））
- イ 性状（弛緩性・痙性・不随意運動性・その他（ ））
- ウ 起因部位（脳・せき髄・末梢神経）
- エ 関節運動可能領域の制限（有・無）
（有の場合は、上肢・下肢の各関節の機能障害（手指・足指を含む。）についての測定値を別紙4「残存障害診断書」の「上・下肢の機能障害（手指・足指を含む）」欄に記入して下さい。）
- オ 筋電図検査、徒手筋力テスト（MMT）に関する各部位の検査所見
（ ）
- カ 感覚障害の範囲（四肢・片（左・右）・対（上肢・下肢）・単（上肢・下肢））
- キ 感覚障害の性状（脱失・鈍麻・その他（ ））

(2) 麻痺の程度

次の各部位に麻痺がある場合は、各部位ごとの麻痺の程度について、（注）及び別添の「脳損傷又はせき髄損傷による障害の程度の評価表（労災保険用）」を参考として、該当する運動障害の程度（高度・中等度・軽度・軽微）を○で囲み、具体的な麻痺の状態を記入して下さい。（第4次改正・一部）

- （注）① 麻痺が高度とは、障害のある上肢又は下肢の運動性・支持性がほとんど失われ、障害のある上肢又は下肢の基本動作（上肢においては物を持ち上げて移動させること、下肢においては、歩行や立位をいいます。以下同じ。）ができない状態をいいます。
- ② 麻痺が中等度とは、障害のある上肢又は下肢の運動性・支持性が相当程度失われ、障害のある上肢又は下肢の基本動作にかなりの制限のある状態をいいます。
- ③ 麻痺が軽度とは、障害のある上肢又は下肢の運動性・支持性が多少失われており、障害のある上肢又は下肢の基本動作を行う際の巧緻性及び速度が相当程度損なわれている状態をいいます。
- ④ 麻痺が軽微とは、上記①から③までの程度に達しない麻痺の状態をいい、運動性、支持性、巧緻性及び速度についての支障がほとんど認められない程度又は運動障害は認められないものの広範囲にわたる感覚障害が認められるものなどをいいます。

- ア 右上肢（高度・中等度・軽度・軽微）
（ ）
- イ 左上肢（高度・中等度・軽度・軽微）
（ ）

ウ 両上肢（高度・中等度・軽度・軽微）
（ ）

エ 右下肢（高度・中等度・軽度・軽微）
（ ）

オ 左下肢（高度・中等度・軽度・軽微）
（ ）

カ 両下肢（高度・中等度・軽度・軽微）
（ ）

(3) 神経因性膀胱障害又は神経因性直腸障害（有・無）
（有の場合は、その状態について具体的に記入して下さい。）
（ ）

10 介護の必要性及び原因である障害の状態

次の生活状況等に介護が必要な場合は、その介護の具体的状態とその原因である障害の状態（両上肢の完全麻痺等）について、具体的に記入して下さい（貴医療機関による日常生活状況調べ（ADL）があれば、それを添付して下さい。）。

ア 会話（ ）

イ 識字（ ）

ウ 書字（ ）

エ 食事（ ）

オ 入浴（ ）

カ 用便（ ）

キ 更衣（ ）

ク 外出（ ）

ケ 買物（ ）

コ その他の行為・行動（ ）

11 その他の身体の障害等特記事項

()

医療機関名 _____ 作成年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

所在地 _____ 診療科名 _____

医師氏名 _____