

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22年6月20日)

平成22年6月15日に転倒、臀部を強く打撲した。それ以後、起立時の頭痛、背部痛、眼の奥の痛み、霧視、耳閉塞感、耳鳴り、めまい、立ちくらみ等を訴え、頭部MRIにて硬膜肥厚、脊髄MRIにて髄液漏出を認めた。

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

保存的治療で経過観察するも症状が改善しないため、脳脊髄液減少症の診断のもと、硬膜外自家血注入療法を施行し、ある程度の改善を認めたが日中の大半を臥床して過ごしている。通院が不可能なため在宅療養を受けている。

診療回数
年間 24回
月平均 2回

⑩

計測

身長
体重

cm
kg

血圧
最大
最小

mmHg
mmHg

手(足)関節、手(足)指の切・離断の場合はレントゲンフィルム像を図示してください。

⑪

切・離断

部位
右
左

手関節
前腕
肘関節
上腕
肩関節
リズフラン関節
ショパール関節
足関節
下腿
膝関節
大腿
股関節

切・離断日
平成 年 月 日
創面治ゆ日
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
(有の場合には⑩欄に記入してください)

⑫

脊柱の障害

部位
頸部
胸腰部

運動の範囲
自動的
他動的
自動的
他動的

前屈
後屈
右側屈
左側屈
右回旋
左回旋

随伴する脊髄・根症状などの臨床症状

⑬

麻痺

外観
起因部位
種類及びその程度

弛緩性・痙直性・不随意運動性・失調性・強剛性・しんせん性
脳性・脊髄性・末梢神経性・筋性・その他(心因性のものと思われる場合は、その旨記入してください。)
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
褥創又はその瘢痕
有・無

⑭

人工骨頭・人工関節の装着の状態

部位
手術日
平成 年 月 日

⑮
握力
右
左
Kg
Kg

⑯

手(足)自動可動域

部位
中手(足)指節間関節(MP)
近位指節間関節(PIP)
(母指では指節間関節)

右
左
右
左

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

(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。

「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)関節可動域は、健側についても記入してください。

障 害 の 状 態 (平成 24 年 1 月 18 日 現症)																									
⑰	部 位	運動の種類	右								左														
			関節可動域 (角度)			関節運動筋力					関節可動域 (角度)			関節運動筋力											
			強直肢位	自動可動域	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失	強直肢位	自動可動域	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失							
⑰	肩 関 節	屈 曲																							
		伸 展																							
		内 転																							
		外 転																							
	肘 関 節	屈 曲																							
		伸 展																							
	手 関 節	背 屈																							
		掌 屈																							
	股 関 節	屈 曲																							
		伸 展																							
		内 転																							
		外 転																							
膝 関 節	屈 曲																								
	伸 展																								
足 関 節	背 屈																								
	底 屈																								
⑱ 四肢長及び四肢囲			右								左														
			上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲			上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲									
			cm	cm	cm	cm	cm	cm			cm	cm	cm	cm	cm	cm									
⑲ 日常生活動作の障害の程度	補助用具を使用しない状態で判断してください。					一人ですくできる場合には「○」 一人でできてもやや不自由な場合には「○△」 一人でできるが非常に不自由な場合には「△×」 一人で全くできない場合には「×」 該 当 す る 記 号 を 下 欄 に 記 入 し て く だ さ い 。																			
	日 常 生 活 動 作					右		左		日 常 生 活 動 作					右		左								
	a つ ま む (新聞紙が引き抜けない程度)					△×		△×		m 片足で立つ					×		×								
	b 握 る (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)					△×		△×		n 座る [正座・横すわり・あぐら・脚なげだし] (このような姿勢を継続する)					△×										
	c タオルを絞る (水をきれる程度)					両手		△×		o 深くおじぎ (最敬礼) をする					×										
	d ひもを結ぶ					両手		△×																	
	e さじで食事をする					△×		△×		p 歩く (屋内)					×										
	f 顔を洗う (顔に手のひらをつける)					△×		△×		q 歩く (屋外)					×										
	g 用便の処置をする (ズボンの前のところに手をやる)					△×		△×		r 立ち上がる					ア 支持なし でできる		イ 支持があれば できるがやや不自由		ウ 支持があれば できるが非常に不自由		エ 支持があっ てもできない				
	h 用便の処置をする (尻のところに手をやる)					△×		△×																	
	i 上衣の着脱 (かぶりシャツを着て脱ぐ)					両手		△×		s 階段を登る					ア 手すりなし でている		イ 手すりがあれば できるがやや不自由		ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由		エ 手すりがあっ てもできない				
	j 上衣の着脱 (ワイシャツを着てボタンをとめる)					両手		△×																	
	k ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)					両手		△×		t 階段を降りる					ア 手すりなし でている		イ 手すりがあれば できるがやや不自由		ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由		エ 手すりがあっ てもできない				
	l 靴下を履く (どのような姿勢でもよい)					両手		△×																	
平衡機能		1 閉眼での起立・立位保持の状態 ア 可能である。 イ 不安定である。 Ⓐ 不可能である。				2 開眼での直線10m歩行の状態 ア まっすぐ歩き通す。 イ 多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうにか歩き通す。 Ⓐ 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。								3 自覚症状・他覚所見及び検査所見											
⑳ 補使用用具況		1 上肢補装具 3 杖 (Ⓐ) ⑤ 車椅子 7 その他 (具体的に				2 下肢補装具 (左・右) 4 松葉杖 (左・右) 6 歩 行 車				Ⓐ 常時 (起床より就寝まで) 使用 イ ときどき使用 ウ 使用せず				左記の使用状況について、くわしく記入してください。											
㉑ その他の精神・身体の障害の状態 情緒不安定、全身疼痛が酷い。長い闘病生活で心身共に疲弊している。 日中のほとんどを臥床して過ごしている。										言語障害がある場合は該当するものを1つ○で囲んでください。 (会話状態) 1 日常会話が誰が聞いても理解できる。 2 電話による会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 3 日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 4 日常会話が誰が聞いても理解できない。															
㉒ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください)		(補助用具を使用しない状態で判断してください。) 日常生活の中での作業は、自力では不可能なことが殆どで介助を要する。労働能力は皆無である。																							
㉓ 予 後 (必ず記入してください)		不変																							
㉔ 備 考																									

上記のとおり、診断します。平成 24 年 1 月 18 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病院 診療担当科名 脳神経外科

所 在 地 ○○市○○町○○ 医師氏名 ○ ○ ○ ○ 印

<脳脊髄液減少症（脳脊髄液漏出症） 1 級>

（付 記）

- 本例は、初診日が「平成 22 年 6 月 20 日」であるので、障害認定日は 1 年 6 月後の平成 23 年 12 月 15 日となる。

この診断書の障害の状態は、平成 24 年 1 月 18 日現症のもので、障害認定日以降 3 月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。

- 傷病は「脳脊髄液減少症（脳脊髄液漏出症）」であるので、⑬、⑭、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

- なお、⑰欄には主な症状を詳しく記載してもらうことが必須である。

■ 認 定

障害の程度は、閉眼での起立・立位保持が不可能であり、開眼での直線 10m 歩行が困難である。また、全身の痛みが酷く心身共に疲弊しており、日常生活動作が一人で全くできない、又は一人でできるが非常に不自由な状態で、ほとんど介助を要する状態となっており、日中の大半を臥床して過ごしていることから、「日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの」に該当すると認められるので、1 級 9 号と認定される。

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		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○										昭和 平成40 年 4 月 24 日 (4 6 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 となつた 傷 病 名		脳脊髄液減少症（脳脊髄液漏出症）										② 傷病の発生年月日		昭和 平成22 年 6 月 30 日		診療録で確認 本人の申立て (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22 年 7 月 2 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		初診年月日(昭和・平成 年 月 日)						⑤既存 障害		なし		⑥ 既往症		なし			
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 22年7月2日)		平成22年6月30日、運搬の仕事中、重い荷物を持ち上げた直後から激しい頭痛、頸部痛、めまい感が出現、臥床する と軽減するため様子を見ていたが、数日たっても症状が改善せず、日中でも半分以上臥床の状態。															
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		保存的治療で経過観察するも症状が改善しないため、脳脊髄液減少症を疑い、脊髄 MR I 検査を行ったところ髄液漏出を確認した。脳脊髄液減少症の診断のもとにブ ラッドパッチを行い症状の軽減をみているが依然めまい、頭痛などが強く残ってい る。										診 療 回 数		年 間 2 4 回 月平均 2 回			
障 害 の 状 態 (平成 24 年 1 月 18 日現症)																	
⑩ 計 測		身 長		c m				血 圧		最大		mmHg		〔 手(足) 関節、手(足) 指の切・離断の場合は レントゲンフィルム像を図示してください。〕			
		体 重		k g						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 創面治ゆ日 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		(有の場合には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	運動の範囲	前屈	後屈	右側屈	左側屈	右回旋	左回旋								
		頸 部	自動的														
			他動的														
		胸腰部	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		褥創又はその瘢痕		有 ・ 無					
⑭ 人工骨頭 ・人工関 節の装着 の状態		部 位								⑮ 握 力		右		左			
		手 術 日 平成 年 月 日										10		10			
⑯ 手(足) 自動可 動域 関 節		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		
		中手(足)指節間関節 (MP)				右											
						左											
		近位指節間関節 (PIP) (母指では指節間関節)				右											
左																	

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。)

(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。

「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)関節可動域は、健側についても記入してください。

障 害 の 状 態 (平成 24 年 1 月 18 日 現症)																				
⑰	部 位	運動の種類	右								左									
			関節可動域 (角度)			関節運動筋力					関節可動域 (角度)			関節運動筋力						
			強直肢位	自動可動域	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失	強直肢位	自動可動域	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失		
⑰	肩 関 節	屈 曲																		
		伸 展																		
		内 転																		
		外 転																		
	肘 関 節	屈 曲																		
		伸 展																		
	手 関 節	背 屈																		
		掌 屈																		
	股 関 節	屈 曲																		
		伸 展																		
		内 転																		
		外 転																		
膝 関 節	屈 曲																			
	伸 展																			
足 関 節	背 屈																			
	底 屈																			
⑱ 四肢長及び四肢囲			右								左									
			上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲				上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲			
			cm	cm	cm	cm	cm	cm				cm	cm	cm	cm	cm	cm			
⑲ 日常生活動作の障害の程度	補助用具を使用しない状態で判断してください。					一人ですくできる場合には「○」 一人でできてもやや不自由な場合には「○△」 一人でできるが非常に不自由な場合には「△×」 一人で全くできない場合には「×」														
						該 当 す る 記 号 を 下 欄 に 記 入 し て く だ さ い 。														
	日 常 生 活 動 作					右	左	日 常 生 活 動 作					右	左						
	a つ ま む (新聞紙が引き抜けない程度)					○△	○△	m 片足で立つ					△×	△×						
	b 握 る (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)					○△	○△	n 座る [正座・横すわり・あぐら・脚なげだし] (このような姿勢を継続する)					△×							
	c タオルを絞る (水をきれ程度)					両手	○△	o 深くおじぎ (最敬礼) をする					○△							
	d ひもを結ぶ					両手	△×													
	e さじで食事をする					○△	○△	p 歩く (屋内)					○△							
	f 顔を洗う (顔に手のひらをつける)					○△	○△	q 歩く (屋外)					△×							
	g 用便の処置をする (ズボンの前のところに手をやる)					○△	○△	r 立ち上がる		ア 支持なし でできる	イ 支持があれば できるがやや不自由	ウ 支持があれば できるが非常に不自由	エ 支持があっ てもできない							
	h 用便の処置をする (尻のところに手をやる)					○△	○△	s 階段を登る		ア 手すりなし でている	イ 手すりがあれば できるがやや不自由	ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由	エ 手すりがあっ てもできない							
	i 上衣の着脱 (かぶりシャツを着て脱ぐ)					両手	△×	t 階段を降りる		ア 手すりなし でている	イ 手すりがあれば できるがやや不自由	ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由	エ 手すりがあっ てもできない							
	j 上衣の着脱 (ワイシャツを着てボタンをとめる)					両手	△×													
	k ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)					両手	△×													
l 靴下を履く (どのような姿勢でもよい)					両手	△×														
平衡機能		1 閉眼での起立・立位保持の状態 ア 可能である。 イ 不安定である。 ウ 不可能である。				2 開眼での直線10m歩行の状態 ア まっすぐ歩き通す。 イ 多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうにか歩き通す。 ウ 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。				3 自覚症状・他覚所見及び検査所見 回転性めまいの症状で倒れてしまう。										
⑳ 補使用用具況	1 上肢補装具 2 下肢補装具 (左・右) 3 杖 (4 松葉杖 (左・右) ⑤ 車椅子 6 歩 行 車 7 その他 (具体的に					ア 常時(起床より就寝まで)使用 イ ときどき使用 ウ 使用せず					左記の使用状況について、くわしく記入してください。 屋内は伝い歩き、屋外は主に車椅子を使用して いる。									
㉑ その他の精神・身体の障害の状態 頭痛、頸部痛、両肩痛、嘔気嘔吐、倦怠・易疲労感、めまい、歩行困難、耳鳴りなどの 多様な症状があり、日中の半分以上は臥床している状態である。											言語障害がある場合は該当するものを1つ○で囲んでください。 (会話状態) 1 日常会話が誰が聞いても理解できる。 2 電話による会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 3 日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 4 日常会話が誰が聞いても理解できない。									
㉒ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください)		(補助用具を使用しない状態で判断してください。) 日常生活において、介助を要し、外出も困難のため、労働能力はない。																		
㉓ 予 後 (必ず記入してください)		リハビリなどによって緩徐な改善が見込まれるが、見通しは現時点では立たない。																		
㉔ 備 考																				

上記のとおり、診断します。平成 24 年 1 月 30 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病院 診療担当科名 脳神経外科

所 在 地 ○○市○○町○○ 医師氏名 ○ ○ ○ ○ 印

＜脳脊髄液減少症（脳脊髄液漏出症） 2級＞

（付 記）

- 本例は、初診日が「平成22年7月2日」であるので、障害認定日は1年6月後の平成24年1月2日となる。

この診断書の障害の状態は、平成24年1月18日現症のもので、障害認定日以降3月以内の診断書であるので、障害認定日の障害の状態はこれで確認できる。

- 傷病は「脳脊髄液減少症（脳脊髄液漏出症）」であるので、⑬、⑭、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。

- なお、⑰欄には主な症状を詳しく記載してもらうことが必須である。

■ 認 定

障害の程度は、閉眼での起立・立位保持が不可能であり、開眼での直線10m歩行が困難である。また、頭痛やめまいをはじめとする多様な症状のため、日常生活動作が一人でできてもやや不自由、又は一人でできるが非常に不自由な状態であり、外出も困難で労働能力はないことから、「日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの」に該当すると認められるので、2級15号と認定される。

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 21年5月30日)		平成21年5月25日、会社で事務仕事中に、突然、後頭部から頸部にかけての痛みを自覚、時間の経過とともに悪化していった。頭痛やめまいなどの症状は、横になっていると軽減し、座位・立位では強く現れる。													
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		頭部CT検査で確認したが、異常は認められなかったため、保存的治療で経過観察していたが、症状の改善が見られないため、頭部および脊髓MRI検査を行ったところ、髄液の漏出を確認した。脳脊髄液減少症の診断のもとブラッドパッチを行ったところ、症状はある程度改善した。													
⑩ 計 測		身長 体重		c m k g		血 圧		最大 最小		mmHg mmHg		〔 手(足) 関節、手(足) 指の切・離断の場合はレントゲンフィルム像を図示してください。 〕			
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 創面治ゆ日 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 (有の場合には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	運動の範囲	前屈	後屈	右側屈	左側屈	右回旋	左回旋						
		頸 部	自動的												
			他動的												
		胸腰部	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 (心因性のものと思われる場合は、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		褥創又はその瘢痕		有 ・ 無			
⑭ 人工骨頭・人工関節の装着の状態		部 位								⑮ 握 力		右		左	
		手 術 日 平成 年 月 日										15		15	
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		
		中手(足)指節間関節(MP)		右											
		近位指節間関節(PIP)		左											
		(母指では指節間関節)		右											
				左											

(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。

「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)関節可動域は、健側についても記入してください。

障害の状態 (平成 23 年 12 月 20 日 現症)																							
⑰	関節可動域及び運動筋力	部位	運動の種類	右										左									
				関節可動域 (角度)			関節運動筋力							関節可動域 (角度)			関節運動筋力						
				強直肢位	自動可動域	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失	強直肢位	自動可動域	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失				
⑰	肩関節	屈曲																					
		伸展																					
		内転																					
		外転																					
	肘関節	屈曲																					
		伸展																					
	手関節	背屈																					
		掌屈																					
	股関節	屈曲																					
		伸展																					
		内転																					
		外転																					
膝関節	屈曲																						
	伸展																						
足関節	背屈																						
	底屈																						
⑱ 四肢長及び四肢囲				右										左									
				上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲	上肢長	上腕囲	前腕囲	下肢長	大腿囲	下腿囲								
				cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm								
⑲ 日常生活動作の障害の程度	補助用具を使用しない状態で判断してください。			一人ですくできる場合には「○」 一人でできてもやや不自由な場合には「○△」 一人でできるが非常に不自由な場合には「△×」 一人で全くできない場合には「×」																			
				該 当 す る 記 号 を 下 欄 に 記 入 し て く だ さ い 。																			
	日常生活動作			右	左	日常生活動作			右	左													
	a つまむ (新聞紙が引き抜けない程度)			○	○	m 片足で立つ			○△	△×													
	b 握る (丸めた週刊誌が引き抜けない程度)			○	○	n 座る [正座・横すわり・あぐら・脚なげだし] (このような姿勢を継続する)			○														
	c タオルを絞る (水をきれる程度)			両手	○△	o 深くおじぎ (最敬礼) をする			△×														
	d ひもを結ぶ			両手	○△	p 歩く (屋内)			○														
	e さじで食事をする			○△	○△	q 歩く (屋外)			○△														
	f 顔を洗う (顔に手のひらをつける)			○△	○△	r 立ち上がる			ア 支持なし でできる	イ 支持があれば できるがやや不自由	ウ 支持があれば できるが非常に不自由	エ 支持があっ てもできない											
	g 用便の処置をする (ズボンの前とところに手をやる)			○	○	s 階段を登る			ア 手すりなし でている	イ 手すりがあれば できるがやや不自由	ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由	エ 手すりがあっ てもできない											
	h 用便の処置をする (尻のところに手をやる)			○	○	t 階段を降りる			ア 手すりなし でている	イ 手すりがあれば できるがやや不自由	ウ 手すりがあれば できるが非常に不自由	エ 手すりがあっ てもできない											
	i 上衣の着脱 (かぶりシャツを着て脱ぐ)			両手	○△																		
	j 上衣の着脱 (ワイシャツを着てボタンをとめる)			両手	○△																		
	k ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)			両手	○△																		
	l 靴下を履く (どのような姿勢でもよい)			両手	○△																		
平衡機能		1 閉眼での起立・立位保持の状態		2 開眼での直線10m歩行の状態								3 自覚症状・他覚所見及び検査所見											
		ア 可能である。		ア まっすぐ歩き通す。																			
		イ 不安定である。		イ 多少転倒しそうになったりよろめいたりするがどうにか歩き通す。																			
		ウ 不可能である。		ウ 転倒あるいは著しくよろめいて、歩行を中断せざるを得ない。																			
⑳ 補使用用具状況	1 上肢補装具 3 杖 (5 車椅子 ⑦ その他 (具体的に 伝い歩き			2 下肢補装具 (左・右) 4 松葉杖 (左・右) 6 歩行車			ア 常時(起床より就寝まで)使用 イ ときどき使用 ウ 使用せず			左記の使用状況について、くわしく記入してください。 壁などにつかまり、伝い歩きをしている。													
㉑ その他の精神・身体障害の状態														言語障害がある場合は該当するものを1つ○で囲んでください。									
頭痛、上背部痛、吐気、倦怠感、易疲労感、めまい、歩行困難、耳鳴りなどの症状が続いている。体調の悪い時は、臥床して過ごすことがある。														(会話状態) 1 日常会話が誰が聞いても理解できる。 2 電話による会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 3 日常会話が家族は理解できるが、他人は理解できない。 4 日常会話が誰が聞いても理解できない。									
㉒ 現症時の日常生活活動能力及び労働能力 (必ず記入してください)		(補助用具を使用しない状態で判断してください。)																					
		体調の良い時は軽作業 (簡単なデスクワーク) は可能であるが、非常に疲れやすく、労働能力は大幅に低下している。																					
㉓ 予後 (必ず記入してください)		不明																					
㉔ 備考																							

上記のとおり、診断します。

平成 23 年 12 月 21 日

病院又は診療所の名称 ○ ○ 病院

診療担当科名 脳神経外科

所在地 ○○市○○町○○

医師氏名 ○ ○ ○ ○ 印

＜脳脊髄液減少症（脳脊髄液漏出症） 3級＞

（付 記）

- 本例の初診日は、平成 21 年 5 月 30 日で、障害認定日当時の障害の状態が国年令別表及び厚年令別表第 1 に該当しなかったが、その後障害の程度が悪化したため事後重症として請求してきたものである。
- この診断書の障害の状態は、平成 23 年 12 月 20 日現症のもので、裁定請求日（平成 24 年 2 月 1 日）以前 3 月以内の診断書であるので、裁定請求日の障害の状態はこれで確認できる。
- 傷病は「脳脊髄液減少症（脳脊髄液漏出症）」であるので、⑬、⑭、⑮、⑯欄は必ず記載されていなければならない。
- なお、⑰欄には主な症状を詳しく記載してもらうことが必須である。

■ 認 定

障害の程度は、日常生活動作にそれほど支障はないが、閉眼での起立・立位保持が不安定で開眼での直線 10m 歩行に支障があり、平衡機能に障害がみられる。また、頭痛や上背部痛などの多様な症状のため、日常生活動作の大半が一人でできてやや不自由な状態であり、労働能力が大幅に低下していることから、「労働が著しい制限を受けるか、又は労働に著しい制限を加えることを必要とする程度の障害を残すもの」に該当すると認められるので、3 級 12 号と認定される。