

身体障害者手帳 評価依頼記録シート

確認 5 点 → 最小セット → 医師へ返す 3 行メモ

患者ID		評価日		評価者	
------	--	-----	--	-----	--

1. 測定前に確認する 5 点

確認項目	メモ・依頼元への確認
<input type="checkbox"/> 様式	総論 / 肢体 / その他 ()
<input type="checkbox"/> 評価時点	障害固定後 / 術後・悪化直後 / 変動あり
<input type="checkbox"/> 対象部位	右 / 左 / 両側 / 利き手 / 主症状
<input type="checkbox"/> 補助具条件	装具・杖・義肢：あり / なし / 普段条件
<input type="checkbox"/> 制限因子	疼痛 / 疲労 / 転倒リスク / 恐怖感 / その他

2. リハ職が返す最小セット

項目	見ること	記録欄
条件	様式・時点・補助具	
機能所見	ROM・筋力・代償	
移動	屋内外・距離・介助量	
ADL	介助量・理由・場面	
変動	疼痛・疲労・再現性	

3. 医師へ返す 3 行メモ

行	内容	記入欄
1 行目	条件	
2 行目	数値・所見	
3 行目	生活影響	

4. よくあるミスと次回確認

NG を避けるチェック <input type="checkbox"/> 角度だけで返していない <input type="checkbox"/> ADL が「介助あり」だけでない <input type="checkbox"/> 装具あり / なしが混在していない	次回確認・申し送りメモ _____ _____ _____
---	---

等級判断そのものではなく、診断書・意見書に使える所見を「条件つき」で返すための記録シートです。