

平成24年6月4日

社団法人日本リハビリテーション医学会 殿

厚生労働省年金局  
事業管理課給付事業室

障害年金の診断書（肢体の障害）の様式変更の周知依頼について

時下、貴会におかれましては益々御清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より障害年金をはじめ社会保険制度の運営に御理解、御協力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、障害年金に係る障害の程度の認定につきましては、国民年金・厚生年金保険障害認定基準により行っているところですが、今般、肢体の障害（関節の機能等）の障害認定基準の見直しに伴い、障害年金の診断書（肢体の障害）の様式を変更することといたしました。

つきましては、当該変更について別添の広報資料を作成しましたので、診断書を作成していただく貴会会員の皆様に対して、ホームページや広報誌の掲載等により広く周知していただきますようお願い申し上げます。

「障害年金の診断書（肢体の障害）」を作成される医師の皆さまへ

**国民年金・厚生年金保険の診断書  
「肢体の障害用（様式第120号の3）」の様式を変更しました。**

肢体の障害（関節の機能等）の認定基準の見直しに伴い、「肢体の障害」の診断書の様式を変更しました。

〔主な変更点〕

1. 切断又は離断・変形・麻痺の記載欄に人体図等を挿入しました。
2. 関節可動域の記載欄は他動可動域のみとしました。
3. 関節の運動の種類に前腕（回内・回外）を追加しました。

★ **変更後の様式の診断書**を作成していただく際には、  
**『診断書作成の留意事項』**をご参照ください。

★ **平成24年9月1日以降**は、変更後の様式の診断書により認定事務を行います。  
(なお、新様式の診断書は8月1日以降に配布を行います。)

※ **ご不明な点は、日本年金機構の年金事務所へお問い合わせください。**

( 変 更 後 )

様式第120号の3

④ 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	生年月日		昭和 平成	年	月	日生(歳)	性別	男・女		
住所	住居地の郵便番号	都道府県	市区							
① 障害の原因 となった 傷病名	② 傷病の発生日		昭和 平成	年	月	日	診 療 人 員 ( 年 月 日 )	認 定 日 ( 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	年	月	日	診 療 人 員 ( 年 月 日 )	認 定 日 ( 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	⑥ 既往症				
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)	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 年 月 日)									
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる	診 療 回 数						年 間	回		
							月 平均	回		
⑩ 計 測	(平成 年 月 日計測)	身長	cm	血 圧	最高	最低	mmHg	mmHg		
障 害 の 状 態		体 重	kg	障 害 の 状 態		(平成 年 月 日現症)				
⑪ 切断又は離断・変形・麻痺	障 害 の 状 態		右	左	右	左				
	切断又は離断日		平成	年	月	日	切断	× 変形	/// 感覚麻痺	== 運動麻痺
	創面治ゆ日		平成	年	月	日	離断			
	切断又は離断の場合の神経・運動障害		断端の痛み		有・無	すぐ上の関節の異常		有・無	(有の場合は⑩欄に記入してください。)	
	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、その旨を右に記入してください。)							
	種類及びその程度		感覚麻痺(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-反射	その他の病的反射	上肢	下肢	バビンスキ-反射	その他の病的反射
	そ の 他		排尿障害	有・無	排尿障害	有・無	褥創又はその癒痕	有・無		
⑫ 脊柱の障害	脊 柱 の 他 動 可 動 域		随伴する脊髄・根症状などの臨床症状							
	部 位	前屈	後屈	右側屈	左側屈	右回旋	左回旋			
	頸部									
⑬ 人工骨頭・人工関節の装着	部 位		手術日				平成	年	月	日
	手 術 日		平成				年	月	日	
⑭ 握力	右		左		kg		kg			
⑮ 手足指関節の他動可動域	部 位		母指	示指	中指	環指	小指			
			屈	伸	屈	伸	屈	伸		
	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									

「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。

⑩ 計 測 (平成 年 月 日計測) 身長 cm 体重 kg 血 圧 最高 最低 mmHg mmHg

⑪ 切断又は離断・変形・麻痺 (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。

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) 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 年 月 日 現症)																	
部 位	運動の種類	右					左										
		関節可動域 (角度)		筋力			関節可動域 (角度)		筋力								
		強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失	強直肢位	他動可動域	正常	やや減	半減	著減	消失		
肩 関 節	屈 曲																
	伸 展																
	内 転																
肘 関 節	外 転																
	屈 曲																
前 腕	伸 展																
	回 内																
手 関 節	回 外																
	背 屈																
股 関 節	掌 屈																
	屈 曲																
膝 関 節	伸 展																
	内 転																
	外 転																
足 関 節	屈 曲																
	背 屈																
⑦ 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				
⑧ 日常生活における動作の障害の程度	補助用具を使用しない状態で判断してください。																
	一人ですぐできる場合には ..... 「○」 一人できてもやや不自由な場合には ..... 「○△」 一人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 ..... 「×」																
	日常生活における動作																
			右	左				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)									
	c	タオルを絞る (水をきれる程度)	両手														
	d	ひもを結ぶ	両手				o		深くおじぎ (最敬礼) をする								
	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		階段を上る		ア	手すりなし でできる	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		階段を下りる		ア	手すりなし でできる	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 閉眼での直線の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るめいたりするがどうか歩き通す。 ウ 転倒あるいは著しくよるめいて、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																
⑨ 補使用用具状況	該当する数字を○で囲み、右のア・イのいずれかの使用状況を選び、[ ]内に記載してください。										使用状況を詳しく記入してください。						
	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 )		8 補助用具は使用していない		
⑩ その他の精神・身体の障害の状態																	
⑪ 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。)															
⑫ 予後 (必ず記入してください。)																	
⑬ 備考																	

股関節屈曲  
幅は次のど  
ちらですか、  
1 膝屈曲位

上記のとおり、診断します。

平成 年 月 日

病院又は診療所の名称

診療担当科名

所在地

医師氏名

印

(診断書を作成していただく医師に手渡すまでは、「記入上の注意」は切り離さないでください。)

記入上の注意

- この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の障害給付を受けようとする人が、その年金請求書に必ず添えなければならない書類の一つで、初診日から1年6月を経過した日(その期間内に治ったときは、その日)において、国民年金法施行令別表又は厚生年金保険法施行令別表(以下「施行令別表」という。)に該当する程度の障害の状態にあるかどうか、又は、初診日から1年6月を経過した日において、施行令別表に該当する程度の障害の状態でなかった者が、65歳に到達する日の前日までの間において、施行令別表に該当する程度の障害の状態に至ったかどうかを証明するものです。

〔 また、この診断書は、国民年金又は厚生年金保険の年金給付の加算額の対象者となろうとする人等についても、障害の状態が施行令別表に該当する程度にあるかどうかを証明するものです。 〕

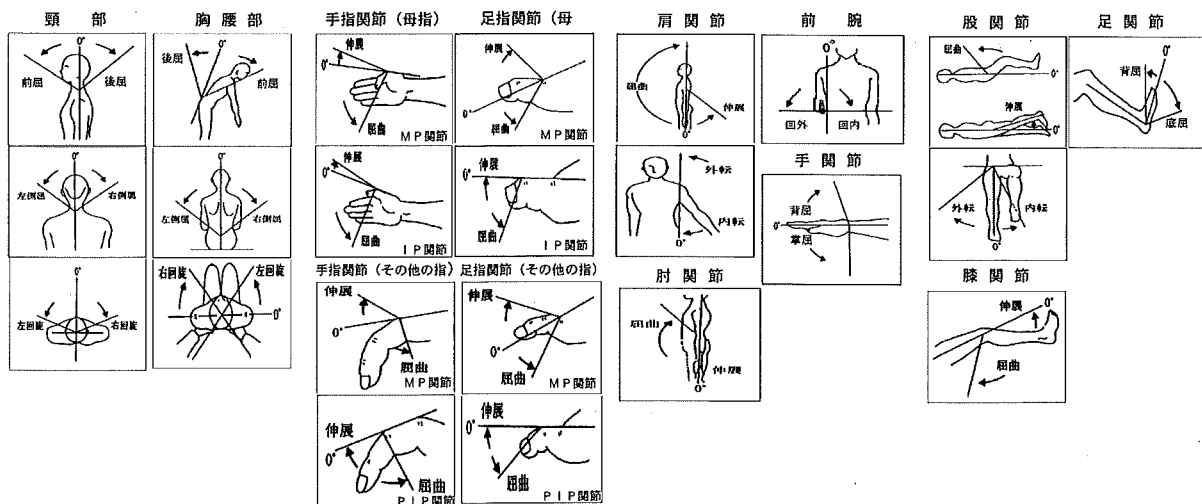
- ③の欄は、この診断書を作成するための診断日ではなく、本人が障害の原因となった傷病について初めて医師の診療を受けた日を記入してください。前に他の医師が診療している場合は、本人の申立てによって記入してください。
- ⑨の欄の「診療回数」は、現症日前1年間における診療回数を記入してください。なお、入院日数1日は、診療回数1回として計算してください。
- 「障害の状態」の欄は、次のことに留意して記入してください。

- 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がありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)なお、該当欄に記入しきれない場合は、別に紙片をはりつけてそれに記入してください。
- ㉔の欄の「脊柱の他動可動域」、㉕の欄の「手(足)指関節の他動可動域」及び㉖の欄の「関節可動域」の測定は、日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会で定めた方法によってください。

(裏面へつづく)

- ㉖の欄の「筋力」の程度を表す具体的な「程度」は、次のとおりです。  
 正常・・・検者が手で加える十分な抵抗を排して自動可能な場合  
 やや減・・・検者が手をおいた程度の抵抗を排して自動可能な場合  
 半減・・・検者の加える抵抗には抗し得ないが、自分の体部分の重さに抗して自動可能な場合  
 著減・・・自分の体部分の重さに抗し得ないが、それを排するような肢位では自動可能な場合  
 消失・・・いかなる肢位でも関節の自動が不能な場合
- ㉗の欄の上肢長は、肩峰尖端より橈骨茎状突起尖端まで、下肢長は前上脛骨棘尖端より脛骨内果尖端までの距離を測ってください。また、上腕囲、前腕囲、下腿囲はその最大周囲径を、大腿囲は膝蓋上縁上10センチメートルの周囲径を測ってください。
- 脳血管障害などにより言語障害がある場合は、㉘の欄に会話状態などを記入してください。

(関節可動域測定参考図)



障害基礎年金・障害厚生年金の診断書作成の留意事項

表面

《肢体の障害》

①欄 障害年金の支給を求める傷病名を記入します。

・⑦欄「傷病が治っている場合」には、初診日から1年6か月以内において、離断・切断をした場合は離断・切断日、また、機能障害の場合はいかなる治療を行っても回復の見込みがなく、その症状が変わらない状態となった日を記入してください。  
 ・「傷病が治っている」と判断した場合は、その理由を裏面の②③欄に記入してください。

⑨欄 初診日以降の治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項を記入してください。

⑫欄 脊柱に障害がある場合は、他動可動域による測定値を記入してください。

そう入置換術後の状態で特記すべきことがあれば、裏面の②③欄に詳しく記入してください。

⑮欄 手(足)指関節の可動域に制限がある場合は、他動可動域による測定値を記入してください。

国民年金 厚生年金保険 診断書 (肢体の障害用) 様式第120号の3

(フリガナ) 氏名 生年月日 昭和 年 月 日生( ) 性別 男・女

住所 住居地の郵便番号 都道府県 市区

① 障害の原因となった傷病名 ② 傷物の発主年月日 昭和 年 月 日 診察録で立証できる日 平成 年 月 日  
 ③ 傷物の発主年月日 昭和 年 月 日 診察録で立証できる日 平成 年 月 日  
 ④ 傷物の原因又は誘因 初診年月日(昭和・平成 年 月 日) ⑤ 既存障害 ⑥ 既往症

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 確定 種類  
 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 年 月 日)

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

⑩ 計測 身長 cm 体重 kg 血圧 mmHg 脈拍 回/分

⑪ 障害の状況 右 左 右 左

⑫ 切断又は離断日 平成 年 月 日 切断 離断 × 変形 〇 感覚麻痺 〇 運動麻痺

⑬ 創面治癒日 平成 年 月 日

⑭ 脊柱の他動可動域 部位 前屈 後屈 右側屈 左側屈 右回旋 左回旋

⑮ 手(足)指関節の他動可動域 部位 母指 示指 中指 環指 小指

③欄 ①欄の傷病のために初めて医師の診療を受けた日を記入します。診療録で確認できるときは、「診療録で確認」を○で囲んでください。確認できないときは、「本人の申立て」を○で囲み、聞き取った日を記入してください。

初診年月日と現症日の記入漏れがないようお願いします。

⑪欄 切断又は離断、変形、感覚麻痺、運動麻痺がある場合は、その部位がわかるように記入してください。

《お願い》  
 この診断書は、障害年金の障害等級を判定するために、作成をお願いしているものです。  
 記入漏れや疑義が生じた場合は、作成された医師に照会させていただくことができますので、ご承知置きください。

※本人の障害の程度及び状態に無関係な欄は、斜線で消してください。

※ 氏名・生年月日・住所など記入漏れがないかご確認ください。

・⑩欄 肩関節、肘関節、前腕、手関節、股関節、膝関節、足関節の他動可動域による測定値を記入してください。なお、健側と患側を比較して障害の程度を認定することもありますので、右左右どちらも記入してください。

・筋力の欄は、正常、やや減、半減、著減、消失のうち該当するものに○を記入してください。

障害の状況 (平成 年 月 日 現症)																					
部位	運動の種類	右				左															
		関節可動域(角度)	筋力	筋力	筋力	関節可動域(角度)	筋力	筋力	筋力												
肩関節	屈曲																				
	伸展																				
	内転																				
肘関節	屈曲																				
	伸展																				
	回内																				
前腕	回内																				
	回外																				
	背屈																				
手関節	背屈																				
	掌屈																				
	外転																				
股関節	屈曲																				
	伸展																				
	内転																				
膝関節	屈曲																				
	伸展																				
	背屈																				
足関節	背屈																				
	跖屈																				
	内転																				
四肢長及び四肢回		上肢長	上腕回	前腕回	下肢長	大腿回	下腕回	上肢長	上腕回	前腕回	下肢長	大腿回	下腕回								
日常生活における動作		右				左				日常生活における動作				右				左			
a つかまむ (関節が引けない程度)										m 片足で立つ											
b 握る (握力測定可能な程度)										n 座る (正座、横すわり、あぐら、屈みなど)											
c タオルを絞る (水を絞る程度)		両手								o 深くおじぎ (肩幅を)											
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 (腕に手のひらをつける)										r 立ち上がる											
g 用便の処理をする (ズボンの前と後ろに手をやる)										ア 支障なし (支障があっても支障が軽微で日常生活に支障がない)											
h 用便の処理をする (尻のところに手をやる)										イ 支障あり (支障が軽微で日常生活に支障がある)											
i 上着の着脱 (かぶりシャツを着て脱ぐ)		両手								エ 支障あり (支障が軽微で日常生活に支障がある)											
j 上着の着脱 (ワイシャツを着て脱ぐ)		両手								オ 支障あり (支障が軽微で日常生活に支障がある)											
k ズボンの着脱 (どのような姿勢でもよい)		両手								カ 支障あり (支障が軽微で日常生活に支障がある)											
l 靴下を履く (どのような姿勢でもよい)		両手								ク 支障あり (支障が軽微で日常生活に支障がある)											
歩行機能		1 10秒での立ち立・立位保持の状態				2 40秒での直線の10m歩行の状態				3 自覚症状・画像所見及び検査所見											
歩行機能		ア 可能である。				イ 不安定である。				ウ 不可能である。											
歩行機能		ア 可能である。				イ 不安定である。				ウ 不可能である。											
歩行機能		ウ 不可能である。				ウ 不可能である。															
補助用具		該当する数字を○で囲み、右の「ア」のいずれかの使用状況を選び、( )内に記載してください。使用状況を詳しく記入してください。																			
補助用具		1 ( ) 上肢補具 2 ( ) 下肢補具 (左・右)																			
補助用具		3 ( ) 杖 4 ( ) 杖杖 (左・右)																			
補助用具		5 ( ) 車椅子 6 ( ) 歩行車																			
補助用具		7 ( ) その他 (具体的に)																			
補助用具		8 補助用具は使用していない																			
その他の精神・身体障害の状態																					
② 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。)																			
③ 予後 (必ず記入してください。)																					
④ 備考																					

日付の記入漏れがないようお願いします。

⑩欄 日常生活における動作のa~qは、「○」、「○△」、「△×」、「×」のいずれかを記入し、r~tは、「ア」、「イ」、「ウ」、「エ」のいずれかを○で囲んでください。

なお、必ず補助用具を使用しない状態で判断してください。

⑪欄 使用している補助用具の数字を○で囲み、「ア」か「イ」のいずれかの使用状況を( )内に記入してください。

なお、補助用具を使用していない場合は、「8」の数字を○で囲んでください。

⑫欄 診断時に判断できない場合は、「不詳」と記入してください。

⑬欄 脳血管障害などにより言語障害がある場合は、会話状態などをできる限り具体的に記入してください。

⑭欄 ⑩欄に書ききれなかった事項や請求者の状態について特記すべきことがあれば記入してください。

⑮欄 現症時の日常生活活動能力だけでなく、労働能力についても必ず記入してください。

記入漏れがないようお願いします。

上記のとおり、診断します。平成 年 月 日

病院又は診療所の名称 所在地

診療担当科名 医師氏名

印