

氏名	
住所	

今後の症状の程度を推定する参考としたいので次の点についてお知らせください。

- ① 病型について 該当項目に○印
 痙直型 不随意運動型 失調型 強剛型 過剰運動型 弛緩型
- ② 筋緊張について 該当項目に○印
 極めて強い 中程度に強い 正常 弛緩
- ③ 麻痺の部位について 該当項目に○印
 四肢 両上肢 両下肢 三肢 片側 一肢
- ④ 反射の部位について +の項目に○印
 モロー反射 陽性支持反応 立ち直り反射 パラシュート反応
 ランドー反応 腱反射 (亢進・正常・低下)
- ⑤ 日常生活動作 可能な動作に○印 不能な動作に×印
 頸のすわり 寝がえり ずり這い四つ這い つかまって立ち上がる
 伝え歩き 独立歩行 座位保持 物を握ってあそぶ
 手でお菓子をたべる
- ⑥ 合併症について 該当項目に○印
 言語障害 聴力障害 視力障害 知能障害 てんかん

診断医の意見（再認定を○年とする理由や、2歳未満の現時点での手帳交付を必要とする理由や総合所見欄等で書きこめなかった点等について記載する。）

病 院 名

住 所

診 断 医 師 氏 名

(※昭和62年1月30日障-896 秋田県保健福祉部長通知による)