

残存障害診断書

				認定 番号								
所属	氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日生 (歳)						
被災日	年 月 日	治ゆ又は症状固定日		年 月 日	(治ゆ・症状固定)							
入院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで()日間											
通院期間	年 月 日 から 年 月 日 まで実治療日数()日間											
傷病名 及び 部位				既存 の 障害	(当該事故以前の障害の部位・程度・状況等)							
治療の 概要及 び経過												
残存障害の内容												
本人の 主訴及び 自覚症状												
他覚症状 及び 検査結果	(障害を残す医学的理由)											
残存障害の程度及び内容												
眼球 の 障害	視力		調節機能			視野狭窄(8方向)						
	裸眼	矯正	近点・遠点・屈折力等	調節力	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上
	左			() D								
	右			() D								
眼球 運動 障害	複視の有無 ア 正面視にて複視を生ずる イ 左右上下視にて複視を生ずる			注視 野の 広さ	左 右 両眼							
眼瞼 の 障害	眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害											
聴力 障害 と耳 介の 欠損	オーディオメーター検査成績			語音明瞭度検査	人声聴力検査成績(大声話声語)							
	左	a() + 2b() + 2c() + d() / 6=()db		最良明瞭度	%	不能・接耳可能・()cmにて可能						
	右	a() + 2b() + 2c() + d() / 6=()db		最良明瞭度	%	不能・接耳可能・()cmにて可能						
	耳鳴の有無及びその程度			耳介の欠損程度								
鼻の 障害	鼻軟骨の欠損程度		鼻の機能障害(鼻呼吸・嗅覚等について)									
	全部・大部分・一部											
言語 機能 の 障害	1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語症...[運動性・感覚性・その他()] 3 発声機能障害...発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・咽頭音) 4 その他()					外ば うの 醜状 又は 歯牙 の 欠損 障害	〔 醜状痕の部位、長さ、大きさ、醜状度等 歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等 〕					
	そし ゃく 機能 障害	1 流動食以外は摂取できない 2 粥食程度なら摂取できる 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があつて そしゃくが充分でないもの										
精神・ 神経・ 胸腹部 臓器 (生殖器・ 泌尿器)の 障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)											

(注)視野の測定は、ゴールドマン型視野計によって下さい。

切断・知覚等の障害 (障害の程度の図示及び説明)

脊柱の変形・奇形及び運動障害	部位	前屈	度	コルセット	有 (一時的・恒久的)
	頸椎()	後屈	度	装用	無
	胸椎()	左屈	度	コルセットの種類	
	腰椎()	右屈	度		
	原因	左回旋	度	その他	
	骨折・固定術・筋肉拘縮	右回旋	度		
その他()		度			

下肢の短縮	左下肢長	cm	短縮の原因	体幹骨長管骨の変形	部位 ア 裸体となってわかる程度 イ レントゲン写真でわかる程度
	右下肢長	cm			
	両下肢長	cm			

上肢	手指・足指	中手(足)指節関節				近位指節間関節				遠位指節間関節				手関節・足関節	患側		健側	
		患側		健側		患側		健側		患側		健側			自動	他動	自動	他動
		自動	他動	自動	他動	自動	他動	自動	他動	自動	他動	自動	他動		自動	他動	自動	他動
第1指	屈曲																	
	伸展																	
	運動範囲																	
第2指	屈曲																	
	伸展																	
	運動範囲																	
第3指	屈曲																	
	伸展																	
	運動範囲																	
第4指	屈曲																	
	伸展																	
	運動範囲																	
第5指	屈曲																	
	伸展																	
	運動範囲																	

予後の所見	(機能回復の見込み、その他参考所見)				手指(母指)	患側		健側		外転(側方拳上)			
						自動	他動	自動	他動				
					橈側外転				外旋				
					掌側外転				内旋				

障害部位図解 (X線写真スケッチ等)

*左記図解写真撮影年月日

--	--

以上のとおり診断いたします。

医療機関の

所在地	}
名称	
医師名	

年 月 日

注1 該当事項に○印をつけ、必要事項を記入してください。
 2 印欄は、障害部位図解欄等の空欄を利用して図示又は説明してください。
 3 聴力障害・視野障害については、オーディオグラム・視野表を添付してください。
 4 その他レントゲン写真・MRI・CT等、参考となる資料を添付してください。
 5 年月日の記載には元号を用いてください。