

残存障害診断書(精神・神経の障害)

				認定番号	
氏名			男・女	生年月日	年 月 日 (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 () 日	実治療日数 () 日	
傷病名	(初診時の症状および経過)		既存障害	(部位・程度・状況等)	
神 経 の 障 害					
症状の程度及び部位					
精 神 の 障 害					
程度及び頻度等	[痴呆・情意の障害・幻覚・妄想・発作性意識障害・人格変化・その他 ()]				
知能検査	検査名				
	結果及び評価	記憶障害 [有・無/程度 ()]	情動障害 [有・無/程度 ()]	失見当識 [有・無/程度 ()]	知能低下 [有・無/程度 ()]
		判断力障害 [有・無/程度 ()]	計算力障害 [有・無/程度 ()]	その他 ()	
言語機能障害	1 発声機能の完全喪失	てんかん	原因… [外傷・その他 ()]		
	2 中枢性失語症… [運動性・感覚性・その他 ()]		程度及び頻度	服薬	
3 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・咽頭音)	有無				
4 その他					
そ の 他 の 事 項					
日常生括	1 病床に限定	労働能力	1 現場復帰は可能		
	2 食事、用便等、短時間の離床は可能		2 軽易な雑役務等は可能		
3 通院、自宅周辺等の歩行は可能	3 全く不可能				
4 その他 ()	4 その他 ()				
今後見込み					
上記のとおり診断いたします。		所在地			
年 月 日		名称			
		医師氏名	㊟		

(注) 該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。