
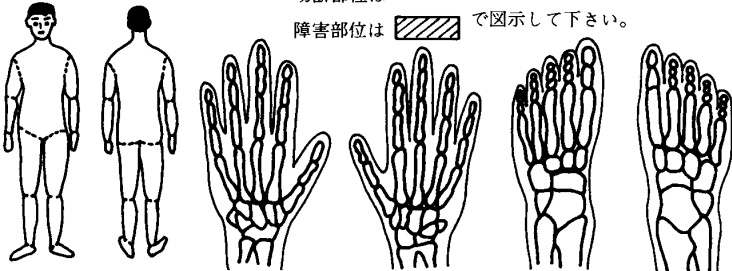


残存障害診断書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-----|--|-----------------------|-----------|--------------------------|---------------------------------|---------------------|---|-----|----------------|------------|---|----|
| | | | | | | | | | | | | 認定番号 | | |
| 氏名 | | | 男・女 | | 生年月日 | | 昭和 | | | | | 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 | | 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) | | | | | | |
| 残 存 障 害 の 内 容 | | | | | | | | | | | | | | |
| 主訴又は 自覚症状 | | | | | | | | | | | | | | |
| 他覚症状及び 検査結果 | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 | 残 存 障 害 の 程 度 お よ 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 | | | | | | | | |
| | 眼動 球障 害 | 1 | 複視の有無 イ 正面視にて複視を生ずる ロ 左右上下視にて複視を生ずる | | | 2注の 視の 広 野 さ | | 左 右 両 眼 | | | | | | |
| 眼障 害 | ※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害 | | | | | | | | | | | | | |
| 聴 耳 力 介 障 の 害 欠 と 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 | | | | | |
| | 左 | | $\frac{a() + 2b() + 2c() + d()}{6} = [] \text{ db}$ | | | | 最良明瞭度 % | | 大 声 | 接 耳 | [] cmにて | 可 能 | | |
| | 右 | | $\frac{a() + 2b() + 2c() + d()}{6} = [] \text{ db}$ | | | | 最良明瞭度 % | | 大 声 | 接 耳 | [] cmにて | 可 能 | | |
| | | | ※耳鳴の有無及びその程度 | | | | ※耳介の欠損程度 | | | | | | | |
| 鼻障 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・一部分 | | | | | | | | | | | | | |
| 言 語 機 能 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 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音) 4 その他… | | | | | | 外 歯 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 の 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 | | | | | | | | | | | | | |

| 種類 | 残存障害の程度および内容 | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--|-------|-------------------|-----|-----|--------|---|-----|-----|---|-----|---|--------|--|
| 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) | | | | | | | | | | | | | |
| 切断・知覚等の障害 | <p>(障害の程度を図示又は説明して下さい)</p> <p style="text-align: right;">切断部位は..... 障害部位は  で図示して下さい。</p>  | | | | | | | | | | | | | |
| 脊柱(奇形)及び び運動障害 | ※部位…頸椎・胸椎・腰椎 ※原因…骨折・固定術・ 筋肉拘縮・ その他 () | 前 屈 | 度 | 後 屈 | 度 | コルセット用 | 有 (一時的・恒久的) ・無 | | 左 屈 | | 右 屈 | | コルセット類 | |
| 左回旋 | | | 右回旋 | | その他 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 下 短 肢の 縮 | 左下肢長 cm | 短縮の原因 | 体幹骨 長管骨 の変形 | | | | ※部位 イ 裸体となってわかる程度 ロ レントゲン写真でわかる程度 | | | | | | | |
| | 右下肢長 cm | | | | | | | | | | | | | |
| 上・下肢の機能障害(手指・足指を含む) | 関 節 | 運 動 | 自 動 | | 他 動 | | 関 節 | 運 動 | 自 動 | | 他 動 | | | |
| | 部 位 | 種 類 | 左 | 右 | 左 | 右 | 部 位 | 種 類 | 左 | 右 | 左 | 右 | | |
| | | | 度 | 度 | 度 | 度 | | | 度 | 度 | 度 | 度 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | | |
| 予 所 後 の 見 | (機能回復の見込み、その他参考所見) | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |

記入上のご注意

- 1 該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。
- 2 ※印欄は自・他覚症状欄又は人体図等空欄を利用し図示又は説明して下さい。
- 3 聴力障害・視野障害についてはオージオグラム・視野表を添付して下さい。

