

# 後遺障害診断書

コピーして使用

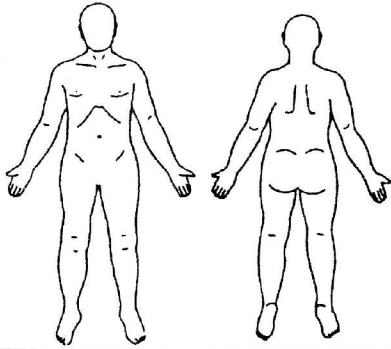
◎記入にあたってのお願い

- この用紙は医療機関にご記入いただくものです。
- この用紙は、後遺障害を確認するための書類です。精神・身体障害とその程度についてはできるだけ詳しくご記入ください。
- 歯牙障害については、歯科後遺障害診断書をご使用ください。
- 参考までに、後遺障害の等級についても医師にご記入の依頼をしてください。

氏名					
住所	〒	生年月日	年	月	日生 歳
		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	職業	
受傷日時	年 月 日	症状固定日	年	月	日
当院入院期間	自 年 月 日～ 至 年 月 日 ( 日間)	当院通院期間	自 年 月 日～ 至 年 月 日 ( 日)	実治療日数 ( 日)	
傷病名	既存障害		今回事故以前の精神・身体障害 (部位・症状・程度) <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無		
自覚症状					

## 各部位の後遺障害の内容

各部位の障害について、該当項目や有無に○印をつけ、①の欄を用いて検査値等をご記入ください。

<p>① 精神・神経の障害 他覚症状および検査結果</p> <p>知覚・反射・筋力・筋委縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果もご記入ください。X-P・CT・EEGなどについても具体的にご記入ください。 眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見をご記入ください。</p>																																				
<p>② 胸腹部臓器・生殖器・泌尿器の障害 生化学検査・血液学的検査等の成績はこの欄に簡記するか検査表を添えてご提出ください。</p> <p>各臓器の機能低下の程度と具体的症状をご記入ください。</p>																																				
<p>③ 眼球・眼瞼の障害 眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの他覚的所見を①の欄にご記入ください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">視力</th> <th colspan="2">調節機能</th> <th rowspan="2">視野</th> <th rowspan="2">眼瞼の障害</th> </tr> <tr> <th>裸眼</th> <th>矯正</th> <th>近点距離・遠点距離</th> <th>調節力</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> <td>cm</td> <td>( )D</td> <td rowspan="3"> <input checked="" type="radio"/>イ 半盲(1/4半盲を含む)  <input type="radio"/>ロ 視野狭窄  <input type="radio"/>ハ 暗点  <input type="radio"/>ニ 視野欠損  <input type="radio"/>イ まぶたの欠損  <input type="radio"/>ロ まつげはげ  <input type="radio"/>ハ 開瞼・閉瞼障害                 </td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> <td>cm</td> <td>( )D</td> </tr> <tr> <td>眼球運動</td> <td colspan="2">注視野障害 (全方向1/2以上の障害)</td> <td><input checked="" type="radio"/>右 <input type="radio"/>左</td> <td>複視</td> <td><input checked="" type="radio"/>イ 正面視 <input type="radio"/>ロ 左右上下視</td> <td>①欄に図示してください。</td> </tr> </tbody> </table> <p>視野表を添えてご提出ください。</p>							視力		調節機能		視野	眼瞼の障害	裸眼	矯正	近点距離・遠点距離	調節力	右			cm	cm	( )D	<input checked="" type="radio"/> イ 半盲(1/4半盲を含む) <input type="radio"/> ロ 視野狭窄 <input type="radio"/> ハ 暗点 <input type="radio"/> ニ 視野欠損 <input type="radio"/> イ まぶたの欠損 <input type="radio"/> ロ まつげはげ <input type="radio"/> ハ 開瞼・閉瞼障害	左			cm	cm	( )D	眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		<input checked="" type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左	複視	<input checked="" type="radio"/> イ 正面視 <input type="radio"/> ロ 左右上下視	①欄に図示してください。
	視力		調節機能		視野		眼瞼の障害																													
	裸眼	矯正	近点距離・遠点距離	調節力																																
右			cm	cm	( )D	<input checked="" type="radio"/> イ 半盲(1/4半盲を含む) <input type="radio"/> ロ 視野狭窄 <input type="radio"/> ハ 暗点 <input type="radio"/> ニ 視野欠損 <input type="radio"/> イ まぶたの欠損 <input type="radio"/> ロ まつげはげ <input type="radio"/> ハ 開瞼・閉瞼障害																														
左			cm	cm	( )D																															
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		<input checked="" type="radio"/> 右 <input type="radio"/> 左	複視	<input checked="" type="radio"/> イ 正面視 <input type="radio"/> ロ 左右上下視		①欄に図示してください。																													

④ 聴力と耳介の障害				⑤ 鼻の障害		⑦ 醜状障害（採皮痕を含む）		
オージオグラムを添えてご提出ください。				耳介の欠損		<input type="checkbox"/> 1 外ぼう <input type="checkbox"/> 2 頭部 <input type="checkbox"/> 3 顔面部 <input type="checkbox"/> 4 頸部 <input type="checkbox"/> 5 上肢 <input type="checkbox"/> 6 下肢 <input type="checkbox"/> 7 その他 大きさ・長さ(cm)・形態等を図示してください。		
<input type="checkbox"/> 1 感音性難聴（右 左） <input type="checkbox"/> 2 伝音性難聴（右 左） <input type="checkbox"/> 3 混合性難聴（右 左）		聴力表示		<input type="checkbox"/> 1 鼻軟骨部の欠損 <input type="checkbox"/> 2 右の欄に図示してください。 <input type="checkbox"/> 3 鼻呼吸困難 <input type="checkbox"/> 4 嗅覚脱失 <input type="checkbox"/> 5 嗅覚減退				
		聴力レベル		<input type="checkbox"/> 6 そしゃく・言語の障害 原因と程度(摂食可能な食物、発音不能な語音など)を左面①欄にご記入ください。				
		聴力損失		<input type="checkbox"/> 1 耳介の1/2以上 <input type="checkbox"/> 2 耳介の1/2未満				
検査日	6分平均		最高明瞭度		耳鳴			
第1回	年	右	dB	dB	%	右の欄に図示してください。		
	月	左	dB	dB	%			
第2回	年	右	dB	dB	%	右 左		
	月	左	dB	dB	%			
第3回	年	右	dB	dB	%			
	月	左	dB	dB	%			

⑧ 脊柱の障害						⑨ 体幹骨変形	
圧迫骨折・脱臼(椎弓切除・固定術を含む)の部位 <input type="checkbox"/> 1 頸椎部 <input type="checkbox"/> 2 胸腰椎部						常時コルセット装用の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
運動障害							
前屈		度		後屈		度	
右屈		度		左屈		度	
右回旋		度		左回旋		度	
						<input type="checkbox"/> 1 鎖骨 <input type="checkbox"/> 2 肩甲骨 <input type="checkbox"/> 3 胸骨 <input type="checkbox"/> 4 骨盤骨 <input type="checkbox"/> 5 肋骨 (裸体になってわかる程度)	

⑩ 上肢・下肢および手指・足指の障害					
短縮	右下肢長	cm	(部位と原因)	の長管骨 変形 部位	<input type="checkbox"/> 1 仮関節 <input type="checkbox"/> 2 変形癒合 (部位)
	左下肢長	cm			

欠損障害 離断部位を図示してください。

上肢		下肢		手指		足指	
右	左	右	左	右	左	右	左

関節機能障害 日整会方式により他動自動及び健側患側ともご記入ください。

関節名	運動の種類	他動		自動		関節名	運動の種類	他動		自動	
		右	左	右	左			右	左	右	左
		度	度	度	度			度	度	度	度
		度	度	度	度			度	度	度	度
		度	度	度	度			度	度	度	度
		度	度	度	度			度	度	度	度
		度	度	度	度			度	度	度	度
		度	度	度	度			度	度	度	度
		度	度	度	度			度	度	度	度
		度	度	度	度			度	度	度	度

障害内容の増悪・緩解の見通しなどについてご記入ください。

【後遺障害の等級に関する参考意見】  
 上記診断から「永久後遺障害等級別基準（別紙）」に照らし合わせると（ ）級（ ）番に該当します。

上記のとおり診断いたします。

診断日 年 月 日 診断書発行日 年 月 日

所在地 診療科

名称 医師氏名

印