

残存障害診断書

		認定番号													
氏名		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							
傷病名		(初診時の症状及び経過)		既存障害		(部位・程度・状況等)									
残存障害の内容															
主訴 自覚 又は 症状															
他覚 症状 及 検 査 結 果															
種類 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									
		眼動	1 複視の有無		2 注の		左								
		球障	イ 正面視にて複視を生ずる		視広		右								
		運害	ロ 左右上下視にて複視を生ずる		野さ		両眼								
眼障 の 害		※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害													
聴耳 力 介 障 の 害 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							
		左	$a()+2b()+2c()+d() = () db$		最良明瞭度		大 声	不能・接耳・		() cmにて					
		6		()		%		話声語	可能		() 可能				
		右	$a()+2b()+2c()+d() = () db$		最良明瞭度		大 声	不能・接耳・		() cmにて					
		6		()		%		話声語	可能		() 可能				
		※耳鳴の有無及びその程度				※耳介の欠損程度									
鼻障 の 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				外歯 ぼや うの の欠 醜損 状障 又害 は		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							
		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…													
そ 機 し 能 ゃ の く 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													

(注) 視野の測定は、ゴールドマン型視野計によって下さい。

種類		残存障害の程度及び内容											
精神・神経・泌尿器・生殖器・胸腹部臓器の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)												
	(障害の程度を図示又は説明して下さい)												
脊(び)柱(奇)の(変)形(及)害	※部位…頸椎・胸椎・腰椎		前屈	度	後屈	度	コルセット用	有(一時的・恒久的)・無					
	※原因…骨折・固定術・ 筋肉拘縮・ その他		左屈		右屈		コルセットの種類						
	()		左回旋		右回旋		その他						
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 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))	関節部位	運動種類	自動		他動		関節部位	運動種類	自動		他動		
			左	右	左	右			左	右	左	右	
			度	度	度	度			度	度	度	度	
備考													
予後所見	(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ディオグラム・視野表を添付して下さい。