残　存　障　害　診　断　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 | 　　　　　　　　 　　　　　治 ゆ　　　　　年　　 月 　　日 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　　　実治療日数年　　月　　日まで　　（　　　）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 |
| 主自訴覚又症は状 |  |
| 他　覚　症検状査及結び果 |  |
| 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 搾（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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 眼動球障運害 | 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　　視広　　野さ | 左右両　眼 |  |
| 眼障瞼の害 | ※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 |  | a(　 )+2b( )+2c( )+d( ) | ＝（　　　）db | 最良明瞭度％ | 大　声話声語 | 不能・・　　　 |
|  | ６ |
| 右 |  | a(　 )+2b( )+2c( )+d( ) | ＝（　　　）db | 最良明瞭度％ | 大　声話声語 | 不能・・　　　 |
|  | ６ |
| ※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 |
| 言語の機障能害 | ※１　発生機能の完全喪失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… | 外歯ぼ牙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 |
| 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、これに制限があっ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 |
| （生殖器・泌尿器）の障害精神・神経・胸腹部臓器 | （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 | （障害の程度を図示又は説明して下さい） |
| び運動障害（奇形）及脊柱の変形 | ※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 装用 | 有（一時的・恒久的）・無 |
| 左　屈 |  | 右　屈 |  | ｺﾙｾｯﾄの種類 |  |
| 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 |
| 　　　　　　　 （手指・足指を含む）上・下　肢　の　機　能　障　害 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　称　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

１　該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。

記入上のご注意

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－ジオグラム・視野表を添付して下さい。