別紙４

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 |  | オージ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　発音機能障害…発音不能語音（口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音）３　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 |
| てんかん | （てんかんについては、原因、発作の型、発作回数、投薬の有無、内容等具体的に説明して下さい） |
| 　　　泌尿器）の障害胸腹部臓器（生殖器・ | （障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度） |
| 知覚等の障害切断・　　　 | （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　※印の項目については人体図又は空欄を利用して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。