


残存障害診断書

認定番号

—

氏名				生年月日	昭和・平成 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 () 日間 年 月 日まで			通院期間	年 月 日から 実治療日数 年 月 日まで () 日									
傷病名	(初診時の症状及び経過)			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 球 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 瞼 の 害	※ 眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害													
聴 力 障 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	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()db$				最良明瞭度	%	大 声	接 耳	()cmにて				
	右	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = ()db$				最良明瞭度	%	大 声	接 耳	()cmにて				
	※ 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・咽頭音) 4 その他…					外 歯 ば や う の 欠 醜 損 障 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 し ゃ く 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・泌尿器の障害 (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	(障害の程度を図示又は説明してください) 切断位は………、障害部位は  で図示して下さい。											
脊(び)柱(奇)の(変)形及(害)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	左屈		右屈		コルセットの種類				
	その他	()	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			
	右下肢長	cm	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							
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	
			別添 上・下肢の機能障害表に記載してください										
備考													
予後の所見	(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。													
年 月 日						所在地 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。