**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 | （初診時の症状及び経過） | 既存障害 | （部位・程度・状況等） |
| 残 存 障 害 の 内 容 |
| 自覚症状主訴又は |  |
| 検査結果他覚症状及び |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 動障害眼球運 | 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両眼　 |  |
| 障害眼瞼の | ※ 眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害 |
| 耳介の欠損聴 力 障 害 と |  | 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( )6 ＝( )db | 最良明瞭度％ | 大 声 接耳 ㎝にて話声語 不能･ 可能･（ ）可能 |
| 右 | a( )+2b( )+2c( )+d( )6 ＝( )db | 最良明瞭度％ | 大 声 接耳 ㎝にて話声語 不能･ 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 |
| の障害言 語 機 能 | ※ 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… | 歯牙の欠損障害 | 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 |
| 機能の障害 | ※ 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、これに制限があって そしゃくが充分でないもの |

左右

の広さ

注視野

外ぼうの醜状又は

そしゃく



|  |  |
| --- | --- |
| 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ください）切断位は………、障害部位は で図示して下さい。 |
| 運 動 障 害（奇 形）及び脊 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 |  |
| 短縮下肢の | 左 下肢長 ㎝ | 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 ㎝ |
| （手指・足指を含む）上 ・ 下 肢 の 機 能 障 害 | 関 節 運 動部 位 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 |  |
| 所 見予 後 の | (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 ついてはオージオグラム・視野 表 を 添付して下さい。