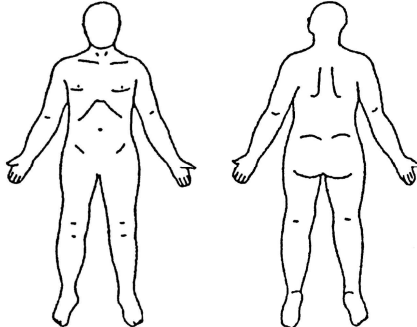


後遺障害診断書

秋田県市町村総合事務組合提出用

傷病者	住所						
	氏名	男 大正・昭和・平成・令和 女 年 月 日 (歳)					
受傷年月日	年 月 日	受傷の原因					
入院期間	自至 年 月 日 () 日間	通院期間	自至 年 月 日	実治療日数 () 日			
症状固定日	年 月 日						
傷病名	既存障害		今回の事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)				
自覚症状							
各部位の後遺障害の内容 各部位の障害について、該当項目や有・無に○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入して下さい							
① 精神・神経の障害	他覚症状および検査結果	知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入して下さい X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入して下さい 眼・耳・四肢に機能障害がある場合にもこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入して下さい					
							
② 胸部 腹部 臓器 泌尿器 生殖器	各臓器の機能低下の程度と具体的症状を記入して下さい 生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付して下さい						
③ 眼球 ・ 眼瞼 の 障害	視 力		調 節 機 能		視 野	眼瞼の障害	
		裸 眼	矯 正	近点距離・遠点距離	調節力		
	右			cm	cm	() D	イ. まぶたの欠損 ロ. まつげはげ ハ. 開瞼・閉瞼障害
	左			cm	cm	() D	
	眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		右 左	複 視	イ. 正面視 ロ. 左右上下視	
眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの他覚的所見を①の欄に記入して下さい						(図示して下さい)	

④ 聴力と耳介の障害	オーディオグラムを添付してください				耳介の欠損		⑤ 鼻の障害		⑦ 醜状障害 (採皮痕を含む)							
	イ. 感音性難聴 (右・左) ロ. 伝音性難聴 (右・左) イ. 混合性難聴 (右・左)		聴力表示 イ. 聴力レベル ロ. 聴力損失		イ. 耳介の1/2以上 ロ. 耳介の1/2未満 〔右⑦欄に図示してください〕		イ. 鼻軟骨部の欠損 (右⑦欄に図示してください) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚脱失 ロ. 嗅覚減退		1. 外貌 イ. 頭部 ロ. 顔面部 ハ. 頸部 2. 上肢 3. 下肢 4. その他							
	検査日		6分平均		最高明瞭度		耳鳴 〔聴力損失dB以上の難聴を伴う耳鳴りを対象とします〕 右・左		⑥ そしゃく・言語の障害 原因の程度 (摂食可能な食物、発音不能な言語など) を表面①欄に記入して下さい。		(図示してください)					
	第1回	年 月 日	右	dB	dB	%										
第2回	年 月 日	右	dB	dB	%											
第3回	年 月 日	右	dB	dB	%											
⑧ 脊柱の障害	圧迫骨折・脱臼 (椎弓切除・固定術を含む) の部				イ. 頸椎部		ロ. 胸腰椎部		荷重機能障害		⑨ 体幹骨の変形					
	X-Pを添付して下さい				前屈	度	後屈	度	有・無	イ. 頸部 ニ. 肩甲骨 ロ. 胸骨 ホ. 骨盤骨 ハ. 恥骨 (裸体になってわかる程度X-Pを添付して下さい)						
⑩ 上肢・下肢および手指の障害	短縮		cm		(部位と原因)		長管骨の変形		イ. 仮関節 (部位)		ロ. 変形癒合					
	右下肢長		cm								X-Pを添付して下さい					
欠障損害	上肢 (右) (左)		下肢 (右) (左)		手指 (右) (左)		足指 (右) (左)									
関節機能害	関節名		運動の種類		他動		自動		関節名		運動の種類		他動		自動	
					右	左	右	左					右	左	右	左
障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください																
上記のとおり診断いたします。																
年 月 日																
所在地:																
医療機関名:																
医師氏名:																
印																
(医師本人の署名がある場合は、押印の必要はありません)																

※ 記載された後遺障害の等級は、審査委員会による後遺障害等級決定の参考となります。