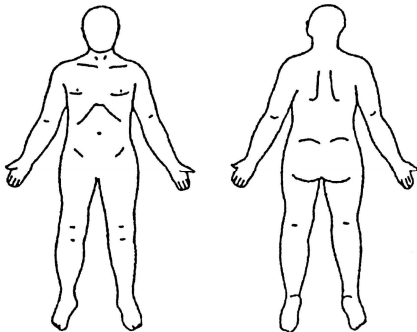


後 遺 障 害 診 断 書

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ください 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ください							
									
②	器・泌尿器の障害	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ください							
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. 半盲(1/4半盲を含む)	イ. まぶたの欠損
	左			cm	cm	() D		ロ. 視野狭窄	ロ. まつげはげ
	眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		右 複 視	左 複 視	イ. 正面視 ロ. 左右上下視		ハ. 暗 点	ハ. 開瞼・閉瞼障害
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 (視野表を添付してください)									
(図示してください)									

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)						
検査日		6分平均		最高明瞭度			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 ニ. 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						
		第1回	右	dB	dB	%											
		第2回	右	dB	dB	%											
		第3回		左	dB	dB	%	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〕		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。							
				左	dB	dB	%										
				右	dB	dB	%										
第1回		右	dB	dB	%	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)							
		左	dB	dB	%												
		右	dB	dB	%												
第2回		右	dB	dB	%	イ. 頸椎部 ロ. 胸腰椎部		荷重機能障害 有・無		⑨体幹骨の変形 イ. 頭部 ニ. 肩甲骨 ロ. 胸骨 ホ. 背盤骨 ハ. 肋骨 (構体になってわか る程度X-Pを添付 して下さい)							
		左	dB	dB	%												
		右	dB	dB	%												
第3回		右	dB	dB	%	運動障害 X-Pを添付して下さい		前屈 度 後屈 度 右屈 度 左屈 度 右旋回 度 左旋回 度		常時コルセット 装用の必要性 有・無							
		左	dB	dB	%												
		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 有・無		⑨体幹骨の変形 イ. 頭部 ニ. 肩甲骨 ロ. 胸骨 ホ. 背盤骨 ハ. 肋骨 (構体になってわか る程度X-Pを添付 して下さい)							
		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		左下肢長		cm		X-Pを添付して下さい							
欠障 損害		上肢		下肢		手指		足指									
		(右)	(左)	(右)	(左)	(右)	(左)	(右)	(左)								
関節機能害 (日整会方式により自動他動および 健側患側とも記入してください)		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	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		度		度		度		度		度		度		度		度	
上記のとおり診断いたします。		令和 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。