

後遺障害診断書

秋田県市町村総合事務組合提出用

	住 所	△△町〇〇一丁目3-5						
	氏 名	秋 田 太 郎	男	大正・昭 ^和 ・平成・令和	35年 3月 20日 (65歳)			
受傷年月日	令和7年 4月 15日	受傷の原因	転倒					
入院期間	自 令和7年 4月 15日 (87)日間 至 令和7年 7月 10日	通院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	実治療日数 ()日				
症状固定日	令和7年 7月 10日							
傷 病 名	頸髄損傷	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; display: inline-block;"> 症状固定日は必ず記載してもらうこと。 </div>		今回の事故以前の精神・身体障害：有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> (部位・症状・程度)				
自覚症状	四肢の痺れ							
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 他覚症状および検査結果 精神・神経の障害	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							
	四肢麻痺 両下肢機能の全廃 両上肢機能の著しい障害							
② 胸部・腹部臓器・泌尿器・生殖器の障害	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 イ. まぶたの欠損 ロ. まつげはげ ハ. 開瞼・閉瞼障害 (図示してください)		
		裸 眼	矯 正	近点距離・遠点距離	調節力		イ. 半盲(1/4半盲を含む)	
	右			cm	cm		() D	ロ. 視野狭窄
	左			cm	cm		() D	ハ. 暗 点
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		右 複視 左 視	イ. 正面視 ロ. 左右上下視	ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください)			
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								

様式第7号（裏）

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)		聴力表示		イ. 耳介の1/2以上		イ. 鼻軟骨部の欠損 (右⑦欄に図示してください)		1. 外貌		2. 上肢					
	ロ. 伝音性難聴 (右・左)		イ. 聴力レベル		ロ. 耳介の1/2未満		ロ. 鼻呼吸困難		イ. 頭部		3. 下肢					
	ハ. 混合性難聴 (右・左)		ロ. 聴力損失		[右⑦欄に図示してください]		ハ. 嗅覚脱失		ロ. 顔面部		4. その他					
	検査日		6分平均		最高明瞭度		耳鳴		⑥ そしやく・言語の障害							
	第1回	年月日	右	dB	dB	%	[聴力損失 dB以上の難聴を伴う耳鳴りを対象とします]		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)							
		年月日	左	dB	dB	%										
	第2回	年月日	右	dB	dB	%										
		年月日	左	dB	dB	%										
	第3回	年月日	右	dB	dB	%										
年月日		左	dB	dB	%											
右・左																
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		常時コルセット装用の必要性						
	X-Pを添付して下さい					前屈 40度		後屈 30度		有・無						
						右屈 30度		左屈 10度								
						右回旋 20度		左回旋 40度								
運動障害																
⑨ 体幹骨の変形		イ. 頭部 ニ. 肩甲骨		ロ. 肋骨 ホ. 背盤骨		ハ. 肋骨		(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		右下肢長		cm		(部位と原因)		イ. 仮関節 (部位)		ロ. 変形癒合					
			左下肢長		cm		長管骨の変形				X-Pを添付して下さい					
欠障損害	上肢 (右)		上肢 (左)		下肢 (右)		下肢 (左)		手指 (右)		手指 (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					
					右 左		右 左				右 左					
		股		屈曲		110度 130度		90度 100度		肩		屈曲				
				伸展		0 0		0 0				伸展				
		膝		屈曲		130 130		80 100				外曲				
				伸展		0 0		0 0								
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																
<p>症状は固定した。</p>																
上記のとおり診断いたします。																
<p>令和7年7月10日</p>																
<p>所在地: ○○市○○町1-2-3 医療機関名: ○○総合病院 医師氏名: 山王一郎</p>																
(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。