残　存　障　害　診　断　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 認定番号 | | | | ― | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | 男・女 | | 生年月日 | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 災 日 | | | | 年　　 月 　　日 | | | | | | | | 治ゆ又は症状固定日 | | | | | | | 治 ゆ  　　　　　年　　 月 　　日 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 | | （初診時の症状および経過） | | | | | | | | | | | | | | | | | | 既  存  障  害 | | | （部位・程度・状況等） | | | | | | | | | |
| 残　存　障　害　の　内　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主自  訴覚  又症  は状 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他  覚  症検  状査  及結  び果 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 搾（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 | | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  |  |  |  |
| 眼動  球障  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 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 眼障  瞼  の害 | ※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴耳  力介  障の  害欠  と損 |  | | 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 | |  | | | a(　 )+2b( )+2c( )+d( ) | | | | | ＝（　　　）db | | | | | 最良明瞭度  ％ | | | | | | | | | 大　声  話声語 | | | 不能・・ | | | | |
|  | | | ６ | | | | |
| 右 | |  | | | a(　 )+2b( )+2c( )+d( ) | | | | | ＝（　　　）db | | | | | 最良明瞭度  ％ | | | | | | | | | 大　声  話声語 | | | 不能・・ | | | | |
|  | | | ６ | | | | |
| ※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 | | | | | | | |
| 言  語の  機障  能害 | ※１　発生機能の完全喪失  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･喉頭音)  ４　その他… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 外歯  ぼ牙  うの  の欠  醜損  状障  又害  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 | | | | | | |
| そ機  し能  ゃの  く障  　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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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下さい） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| び運動障害  （奇形）及  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 | |  | | | |
| 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  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　　　cm | |
| （手指・足指を含む）  上・下　肢　の　機　能　障　害 | 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 |
|
|
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|
|
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|
|
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|
|
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|
|
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|
|
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|
|
|  |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|
|
| 備  考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予  後　所  の  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。　　　　　　所　 在 　地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　　称  　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　医師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

１　該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。

記入上のご注意

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－ジオグラム・視野表を添付して下さい。