

別紙1

残存障害診断書

		認定番号													
氏名		生年月日		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 年 月 日まで ()日 実治療日数									
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															
主訴 自覚 又は 症状															
他覚 症状 及 検 査 結 果															
種類 残存障害の程度及び内容															
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									
		眼動	1 複視の有無		2 注の		左								
		球障	イ 正面視にて複視を生ずる		視広		右								
		運害	ロ 左右上下視にて複視を生ずる		野さ		両眼								
眼障 害 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		6		最良明瞭度		%		大 声	不能・接耳・	() cmにて		
		右	$a()+2b()+2c()+d() = ()$ db		6		最良明瞭度		%		大 声	不能・接耳・	() cmにて		
												話 声 語	可能	() 可能	
		※耳鳴の有無及びその程度				※耳介の欠損程度									
鼻障 害 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 機 能 障 害		※1 発声機能の完全喪失				外歯				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					
		2 中枢性失語症…〔運動性・感覚性・その他()〕				ぼや									
		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)				うの									
		4 その他…				の欠									
そ 機 能 の 障 害		※1 流動食以外は摂取できない				醜損									
		2 粥食程度なら摂取できる				状障									
		3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があつて そしゃくが充分でないもの				又害 は									

(注) 視野の測定は、ゴールドマン型視野計によって下さい。

種類		残存障害の程度及び内容											
精神(生殖器・神経・泌尿器・胸部腹部臓器)の障害	(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)											
脊柱(奇運動変形)の障害		※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	コルセット用装	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											
肢(手指・足指を含む)上の機能障害	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							

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ディオグラム・視野表を添付して下さい。