別紙４

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　 実治療日数  　 年　　月　　日まで （　　　）日 | | | | | | | | | | |
| 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  又覚  は症  　状 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他  覚  症  状  及検  び査  　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  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  　 6 | | | | | | | | | | | 最良明瞭度  　　　　　　％ | | | | | | 大　声  話声語 | | | 不能・接耳・　 cmにて  　　　可能 　　 可能 | | | |
| 右 | | a(　 )+2b(　 )+2c(　 )+d( 　) = db  　 6 | | | | | | | | | | | 最良明瞭度  　　　　　　％ | | | | | | 大　声  話声語 | | | 不能・接耳・　 　cmにて  　　　可能 　 　可能 | | | |
| ※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　発声機能の完全喪失  　 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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

（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　お　よ　び　内　容 | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| て  ん  か  ん | （てんかんについては、原因、発作の型、発作回数、投薬の有無、内容等具体的に説明して下さい） | | | | | | | | | | | | | | | |
| （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　知  断　覚  ・　等  　　の  　　障  　　害 | （障害の程度を図示又は説明して下さい） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 運動障害　（奇形）及び  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 | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　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又は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ジオグラム・視野表を添付して下さい。