

○ 治ゆ（症状固定）した際、障害等級に該当する障害が残った場合に提出してください。

○ このほかにも、障害の内容によっては、レントゲン写真、カラー写真などの提出を求める場合があります。

残 存 障 害 診 断 書

												認定番号		〇〇-〇〇〇〇〇			
氏 名				〇 〇 〇 〇				生年月日		昭和〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)							
被災日		令和〇〇年〇〇月〇〇日				治ゆ又は症状固定日		令和〇〇年〇〇月〇〇日				治ゆ 症状固定					
入院期間		令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで (〇〇) 日間				通院期間		令和〇〇年〇〇月〇〇日から 令和〇〇年〇〇月〇〇日まで (〇〇) 日				実治療日数					
傷病名		(初診時の症状及び経過) 右上腕頸部骨折, 右膝擦過創						既存障害		(部位・程度・状況等) なし							
残 存 障 害 の 内 容																	
主訴又は自覚症状		右肩周囲の安静時痛 右肩の可動域制限															
他覚症状及び検査結果		知覚障害 (上肢), 擦過痕, 圧痛, いずれも認めず 握力右 15 k g 左 19 k g 右肩の可動域制限あり															
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									
眼動障害		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 注視の視野		左右両眼									
眼瞼		※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害															
聴耳力介の害欠と損		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		$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = () \text{ db}$				最良明瞭度		大 声		接耳・ () cmにて					
		右		$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = () \text{ db}$				最良明瞭度		大 声		接耳・ () cmにて					
								%		話声語		不能・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															
言語機能		※ 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…						外歯の欠損障害又は齶状又は		〔 齶状痕の部位、長さ、大きさ、齶状度等 歯牙欠損の歯列程度、補てつ方法等 〕							
そしゃくの障害		※ 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、これに制限があつ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ください。

種類	残存障害の程度及び内容											
精神・神経・生殖器・泌尿器・胸腹部臓器の障害	(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)											
脊柱の変形及び運動障害	※部位…頸椎・胸椎・腰椎		前屈	度	後屈	度	コルセット着用	有(一時的・恒久的)・無				
	※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他		左屈		右屈		コルセットの種類					
	()		左回旋		右回旋		その他					
下肢の短縮	左下肢長	cm	短縮の原因				体幹骨長管骨の変形	※部位				
	右下肢長	cm						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				
上・下肢の機能障害 (手指・足指を含む)	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
	肩	屈曲	180度	75度	180度	80度			度	度	度	度
	肩	伸展	45	30	50	30						
	肩	外転	180	70	180	75						
	肩	内転	0	0	0	0						
	肩	外旋	55	-15	60	-10						
肩	内旋	90	75	90	80							
備考												
予後の見	(機能回復の見込み、その他参考所見) ほとんど回復の見込みなし											
上記のとおり診断いたします。												
所在地 ○○市○○町○○番地												
名称 ○○病院												
令和○○年○○月○○日												
医師氏名 ○○科医師 ○ ○ ○ ○												
(※ 自署又は記名押印)												

機能障害の場合、①他動運動の測定値は必ず記入してください。②健側(負傷していない側)についても必ず記入してください。

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ください。
- 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ください。
- 3 聴力障害・視野障害についてはオーディオグラム・視野表を添付してください。