
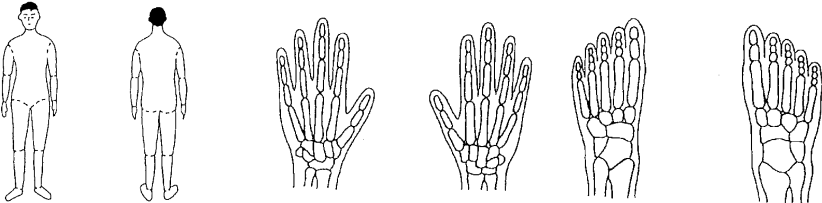


障害程度診断書

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|---|------|-----------------------|---------------------|--|---------------|------------------|-------------|------|----|---|----|---|----|--|
| | | | | | | | | | | 認定番号 | | | | | | |
| 氏名 | | | 生年月日 | | | 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | | 所属名 | | | | | | | | | | |
| 災害発生年月日 | | 令和 年 月 日 | | 治ゆ年月日 | | 令和 年 月 日 | | 治ゆ症状固定 | | | | | | | | |
| 入院期間 | | 令和 年 月 日から () 日間 | | 通院期間 | | 令和 年 月 日から実治療日数 | | 令和 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) | | | | | | | |
| 後 遺 障 害 の 内 容 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主 自 覚 症 状 又 は | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 他 覚 検 査 結 果 及 び | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種 類 | 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 害 運 害 | 1 視野の有無 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 | | | | | | | | | | |
| 目 障 害 の 害 | ※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聴 耳 力 障 害 と 欠 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 | $A() + 2B() + 2C() + D() = () \text{ dB}$ 6 | | | 最高 明瞭度 | % | 大 声 語声語 | 接耳 不能・可能 | () cmにて | 可能 | | | | | | |
| | 右 | $A() + 2B() + 2C() + D() = () \text{ dB}$ 6 | | | 最高 明瞭度 | % | 大 声 語声語 | 接耳 不能・可能 | () cmにて | 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 全部・大部分・一部分 | | | ※鼻の機能障害 (鼻呼吸、嗅覚等について) | | | | | | | | | | | | |
| 言 の 語 機 能 障 害 | ※1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語性… [運動性・感覚性・その他()] 3 発音機能障害…4種の語音中() 種発音不能 4 その他… | | | | 外 歯 牙 の 欠 損 障 害 又 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、補綴の方法等) | | | | | | | | | | |
| そ の 他 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、これに制限があってそしゃくが充分でないもの | | | | | | | | | | | | | | | |

記入上の注意

- 1 該当事項に○印をつけ、必要事項を記入してください。
- 2 ※印欄は自覚症状欄、他覚症状欄又は人体図等を利用し、図示又は説明をしてください。
- 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。

| 種類 | 障害の程度及び内容 | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------|-------|---|-----|---|--------------------|---|----|---|----|---|---|
| 精神・神経・泌尿器・生殖器・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 | <p>切断部位は ----- で図示してください。 障害部位は  で図示してください。</p>  | | | | | | | | | | | | |
| 運動障害 (脊柱の変形及び奇形) | ※部位・程度 | | 前屈 | 度 | 後屈 | 度 | コルセット 装用 その他 | 有・無・一時的・恒久的 | | | | | |
| | | | 左屈 | | 右屈 | | | | | | | | |
| | | | 左回旋 | | 右回旋 | | | | | | | | |
| 短縮の下肢 | 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 | | | | | | | | | | | |
| 上・下肢の機能障害 (手指・足指含む) | 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 | |
| | | | | 度 | 度 | 度 | 度 | | | 度 | 度 | 度 | 度 |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | | |
| 予後の見 | (機能回復の見込み、その他参考所見) | | | | | | | | | | | | |
| <p>記のとおり診断いたします</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関の { 所在地 名称 担当医師</p> | | | | | | | | | | | | | |