残存障害診断書

支部様式15

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定番号 | ― |
| 氏名 |  | 男 ・ 女 | 生年月日 | 昭和・平成　　　　　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 | （初診時の症状および経過） | 既存障害 | （部位・程度・状況等） |
| 残存障害の内容 |
| 自覚症状主訴又は |  |
| 検査結果他覚症状及び |  |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 動障害眼球運 | 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 |
| 障害眼臉の | ※眼臉・まつ毛の欠損、運動障害 |
| 耳介の欠損聴力障害と |  | 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（　）6 | ＝ | （ 　　） | db | 最良明瞭度％ | 大　声話声語 | 不能・ | 接耳可能 | ・ | （ 　　） | ㎝にて可能 |
| 右 | a（　）＋2b（　）＋2c（　）＋d（　）6 | ＝ | （ 　　） | db | 最良明瞭度％ | 大　声話声語 | 不能・ | 接耳可能 | ・ | （ 　　） | ㎝にて可能 |
| ※耳鳴の有無及びその程度 | ※耳介の欠損程度 |
| 障害鼻の | ※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 |
| の障害言語機能 | ※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・咽頭音） 4．その他 | 歯牙の欠損障害外ぼうの醜状又は | ｛ | 融状痕の部位、長さ、大きさ、融状度等歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等 | ｝ |
|  |
| 機能の障害そしゃく | ※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・・・顎椎・胸椎・腰推※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 |  |
| 短縮下肢の | 左下肢長　　　　　　㎝ | 短縮の原因 | 骨骨形幹管変体長の | ※部位イ．裸体となった時わかる程度ロ．レントゲン写真でわかる程度 |
| 右下肢長　　　　　　㎝ |
| （手足・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 |  |
| 所見予後の | （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。年　　　月　　　日 | 所在地名称医師氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

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ジオグラム・視野表を添付してください。