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。