残存障害診断書（精神・神経の障害）

支部様式16

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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） | | | |
| 神経の障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状の程度及び部位 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神の障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 頻度等  程度及び | | | | 〔痴呆　・　情意の障害　・　幻覚　・　妄想　・　発作性意識障害　・　人格変化　・　その他（　　　　　　　　　　　）〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 知能検査 | | | | 検　査　名 | |  | | | | 記憶障害  情動障害  失見当識  知能低下  判断力障害 計算力障害  その他 | | | | 〔　有　・　無　／程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕  〔　有　・　無　／程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕  〔　有　・　無　／程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕  〔　有　・　無　／程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕  〔　有　・　無　／程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕  〔　有　・　無　／程度（　　　　　　　　　　　　　　　　　）〕  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 結果及び評価 | | | | | |
| 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・・・発音不能後音  　　　　　　　　　　　　　（口唇・歯舌音・口蓋音・咽頭音）  4．その他 | | | | | | | | | | て　ん　か　ん | | | 原因・・・〔外傷　・　その他（　　　　　　　）〕 | | | | |
| 程度及び頻度 | | | | 服薬 |
| 有無 |
| その他の事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| の範囲  日常生活 | | 1．病床に限定  2．食事、用便等、短時間の離床は可能  3．通院、自宅周辺等の歩行は可能  4．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | 労働能力 | | 1．現職復帰は可能  2．軽易な雑役務等は可能  3．全く不可能  4．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 見込み  今後の | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | |

（注）該当事項に○印をつけ必要事項をご記入ください。