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。