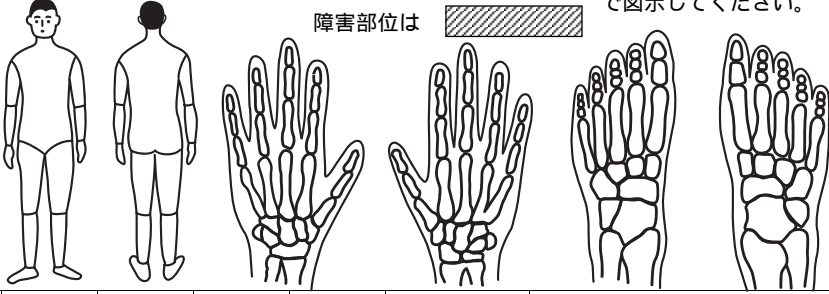


後遺障害診断書

氏 名			男・女	生年月日	年 月 日 (歳)										
住 所					職 業										
受傷日時	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 年 月 日まで			実治療日数 () 日						
傷 病 名	(初診時の症状および経過)					既 存 障 害	当該事故以前の障害(部位・程度・状況等)								
後 遺 障 害 の 内 容															
主訴又は 自覚症状															
他覚症状 及 び 検査結果	(脳波・脳室・脳血管・脳圧・脊髄圧・レ線・筋電図・腱反射検査等を実施されました、その結果を必ずご記入下さい)														
種 類	障 害 の 程 度 お よ 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
	右					()D									
	左					()D									
		眼 動 球 障 害	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 視 の 広 野 さ	右・左 両眼							
眼 瞼 の 障 害	眼瞼・睫毛の欠損、運動障害														
聴 力 障 害 と 耳 介 の 欠 損	オ ー ジ オ メ ー タ ー 検 査 成 績										耳介の欠損程度				
	周 波 数 Hz		500	1,000	2,000	4,000	6 分 平 均	最 高 明 瞭 度							
	第 1 回	年 月 日	右					dB	dB	%					
		年 月 日	左					dB	dB	%					
	第 2 回	年 月 日	右					dB	dB	%					
		年 月 日	左					dB	dB	%					
	第 3 回	年 月 日	右					dB	dB	%					
		年 月 日	左					dB	dB	%					
										耳鳴の程度と大きさ					
鼻の障害	鼻の器質、機能障害（鼻呼吸・嗅覚等）の程度										醜状痕の部位・長さ・大きさ・醜状度等)				
言語機能 の 障 害	1. 失語症 程度 2. 構音障害 3. その他														
咀嚼機能 の 障 害	1. 流動食以外に摂取できない 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咀嚼が十分でない 4. 義歯が十分適応しないために支障がある 5. その他（嚥下・味覚等）														

記入上のご注意

1. 該当事項に○印をつけ、必要事項をご記入下さい。
2. 印欄の障害については、自・他覚症状欄、人体図等の空欄を利用し、図示又は説明して下さい。
3. 聴力障害・視野障害についてはオーディオグラム・視野表を添付して下さい。
4. 歯牙障害については別様式の歯科後遺障害診断書(自賠調58号B様式)をご使用下さい。

種 類	障 害 の 程 度 お よ び 内 容											
精 神 ・ 神 経 ・ 胸腹部臓 器(生殖器 ・泌尿器) の 障 害	(障害内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)											
切 断 ・ 知 覚 等 の 障 害	切断部位は ----- で図示してください。 障害部位は 											
脊 柱 の 変 形 (奇 形) 及 び 運 動 障 害	部位・程度		前 屈		度		後 屈		度		コルセット 装 用	有・無、一時的・恒久的
			右 屈				左 屈				そ の 他	
			右回旋				左回旋					
下 肢 の 短 縮	右下肢長		cm		短縮の原因				体幹骨 長管骨 の变形		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	
	左下肢長		cm									
自 動 ・ 他 動 と も 必 ず 健 側 も ご 記 入 下 さい (上 ・ 下 肢 の 機 能 障 害 (手 指 ・ 足 指 を 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	
			右	左	右	左			右	左	右	左
			度	度	度	度			度	度	度	度
よ 事 び 故 予 と の 後 の 関 連 所 連 見 お	(障害と当該事故との因果関係の有無・程度、機能回復の見込、その他参考所見)											
上 記 の と お り 診 断 い た し ま す 。 診 断 日 年 月 日 診断書発行日 年 月 日 所 在 地 名 称 診 療 科 医師氏名												

後遺障害の等級は記入しないで下さい。