

# 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			治ゆまたは 症状固定日	年 月 日			治ゆ 症状固定						
入院期間	年 月 日から			〔 〕 日間	通院 期間	年 月 日から			実治療日数					
	年 月 日まで					年 月 日まで			( ) 日					
傷病名					既存 障害	当該事故以前の障害(部位・程度・状況等)								
	(初診時の症状および経過)													
後遺障害の内容														
自覚症状														
他覚所見 および 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ら、その結果を必ずご記入ください)													
種類	障害の程度および内容													
精神 神経 の 障 害	神経系の障害				精神の障害				日常生活上の障害					
	<input type="checkbox"/> 労働能力が全くなく、かつ生命維持に必要な身の回りの処理について他の人の介護を( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 随時)要する <input type="checkbox"/> 労働能力が全くなく、終身労務に服することが出来ない <input type="checkbox"/> 労働能力が平均人の1/4程度しかない <input type="checkbox"/> 労働能力が平均人の1/2程度しかない <input type="checkbox"/> 労働能力は正常に近いが就労可能な職種について制限がある <input type="checkbox"/> 局所の神経障害 ( <input type="checkbox"/> 疼痛 <input type="checkbox"/> 知覚障害) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> 時々労働に差支える  <input type="checkbox"/> 労働には差支えない  <input type="checkbox"/> 時々疼痛がある         </div>				<input type="checkbox"/> 精神障害のため他の人の監視または介護を( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 随時)要する <input type="checkbox"/> 精神障害のため労働能力があっても常時他人が付添って指示を与えなければ労務の遂行不可 <input type="checkbox"/> 他人の頻繁な指示がなくては労務の遂行ができない者または、労務遂行の巧緻性や持続力が平均人より著しく劣る <input type="checkbox"/> 精神の障害のため他人の監視は不要であるが労働能力が平均人より明らかに低下している <input type="checkbox"/> 精神の障害のため職種が制限される				食事の状態、着衣の着脱、排泄時の状態、歩行、補助具の使用または自宅内外の行動等その他特徴的なことについてご記入ください					
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 運 動 障 害	眼 球 運 動 障 害		1. 複視の有無			2. 注視野の広さ								
			イ、正面視にて複視を生ずる			(左)・(右)・両眼								
眼 障 害	※眼瞼・睫毛の欠損、運動障害													
耳 の 障 害	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	$\frac{a(\ )+2b(\ )+2c(\ )+d(\ )}{6} = [ \ ] \text{dB}$			最良明瞭度 %		大 声 語	不 能 ・ 接 耳 可 能		[ ] cm に て 可 能				
	右	$\frac{a(\ )+2b(\ )+2c(\ )+d(\ )}{6} = [ \ ] \text{dB}$			最良明瞭度 %		大 声 語	不 能 ・ 接 耳 可 能		[ ] cm に て 可 能				

※ 胸腹部臓器の場合は「胸腹部臓器用後遺障害診断書」をご使用ください。

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、図示また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ディオグラム・視野表を添付してください。
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)をご使用ください。

種類	障害の程度および内容																						
鼻の障害	※鼻の器質、機能障害(鼻呼吸・嗅覚等)の程度										醜状障害												
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)																						
切断・知覚等																							
脊柱の変形(奇形)および運動障害	※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				体幹骨長の変形	※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																					
上・下肢の機能障害(手指・足指を含む)自動・他動とも必ず健側もご記入ください	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	度	度											
予関事後の所見	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。 <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:50%;"></td> <td style="width:50%; text-align:right;">所在地</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align:right;">名称</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">診断日</td> <td style="text-align:right;">診療科</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">診断書発行日</td> <td style="text-align:right;">医師氏名</td> </tr> <tr> <td style="text-align:center;">年 月 日</td> <td style="text-align:right;">(印)</td> </tr> </table>													所在地		名称	診断日	診療科	年 月 日		診断書発行日	医師氏名	年 月 日	(印)
	所在地																						
	名称																						
診断日	診療科																						
年 月 日																							
診断書発行日	医師氏名																						
年 月 日	(印)																						

◎後遺障害の等級は記入しないでください。

※全教共済の後遺障害とは、労働基準法施行規則別表第二表「身体障害等級表」に基づいています。詳しくは「労災補償障害必携」をご参照ください。