

別紙 4

残存障害診断書

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|---------------------------|-------|------------|--|---|----------|-------|------|---|----|------------|----|
| | | | | | | | | | | 認定番号 | | | | |
| 氏名 | | | 男・女 | 生年月日 | | 大正・昭和 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 年 月 日まで (実治療日数) 日 | | | | | | | |
| 傷病名 | (初診時の症状及び経過) | | | | 既存障害 | (部位・程度・状況等) | | | | | | | | |
| 残存障害の内容 | | | | | | | | | | | | | | |
| 主訴 自覚 又は 症状 | | | | | | | | | | | | | | |
| 他覚 症状 及び 検査 結果 | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 残存障害の程度及び内容 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |
| | 左 | | | | | () D | | | | | | | | |
| | 右 | | | | | () 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 注の 視広 野さ | 左 右 両 眼 | | | | | | | |
| 眼瞼 の害 | ※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害 | | | | | | | | | | | | | |
| 聴耳 力介 障の 害欠 と損 | 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 () = () db | 6 | 最良明瞭度 | % | 大 声 | 接耳 () cm にて | 話声語 | 不能・可能 | 可能 | | | | |
| | 右 | a () + 2b () + 2c () + d () = () db | 6 | 最良明瞭度 | % | 大 声 | 接耳 () cm にて | 話声語 | 不能・可能 | 可能 | | | | |
| | ※耳鳴の有無及びその程度 | | | | | ※耳介の欠損程度 | | | | | | | | |
| 鼻障 の害 | ※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 | | | | | | | | | | | | | |
| 言語 機能 の障 害 | ※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・喉頭音) 4 その他… | | | | | 外歯 は 歯 の 欠 陥 障 害 は | (醜状痕の部位、長さ、大きさ、 醜状度等 歯牙欠損の歯列程度、補てつ の方法等) | | | | | | | |
| そ し ゃ く の 障 害 | ※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、これに制限があつて そしやくが充分でないもの | | | | | | | | | | | | | |

| 種類 | 残存障害の程度および内容 | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|-------|-----|-----|-----|-----------|---|-----|-----|----------|-----|-----|
| 精神・神経・生殖器・泌尿器・胸部臓器 | (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) | | | | | | | | | | | |
| 脊柱の変形(奇形)及び運動障害 | ※部位…頸椎・胸椎・腰椎 ※原因…骨折・固定術・筋肉拘縮・その他() | 前屈 | 度 | 後屈 | 度 | コルセット用 | 有(一時的・恒久的)・無 | 左屈 | 右屈 | コルセットの種類 | | |
| | | 左屈 | | 右屈 | | その他 | | 左回旋 | 右回旋 | | | |
| 下肢の短縮 | 左下肢長 cm 右下肢長 cm | 短縮の原因 | | | | 体幹骨長管骨の変形 | ※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 | | | | | |
| 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 | 運 動 | 自 動 | 他 動 | 関 節 | 運 動 | 自 動 | 他 動 |
| | | | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 |
| | | | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 | 度 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | | | | | |
| 予後の所見 | (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。 | | | | | | 所在地 | | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | | 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下さい。
 - 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下さい。
 - 3 聴力障害・視野障害についてはオージオグラム・視野表を添付して下さい。