支部様式第20号の１

**残　存　障　害　診　断　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 認定番号 | | | | | |  | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | 男・女 | | 生年月日 | | | | | | | 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 | | | | （初診時の症状及び経過） | | | | | | | 既存障害 | | | | | | | （部位・程度・状況等） | | | | | | | | | | | |
| 残　存　障　害　の　内　容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主訴又は自覚  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 | 内 | 内上 |
| 左 |  | | | |  |  | | （　　）D | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  |  |  |  |
| 右 |  | | | |  |  | | （　　）D | | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  |  |  |  |
| 眼球運動障害 | | | | 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注視野の広さ | | | | 左  右  両 眼 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 眼瞼の障　害 | ※眼瞼・まつ毛の欠損、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 | | | | | | | | | | | 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  話声語 | | | | 不能・接耳・　cmにて  　　　　　　　可能　　可能 | | | |
| 右 | | a(　 )+2b(　 )+2c(　 )+d( 　) = db  6 | | | | | | | | | | | 最良明瞭度  　　　　　　％ | | | | | | | | 大　声  話声語 | | | | 不能・接耳・　cmにて  　　　　　　　可能　　可能 | | | |
| ※耳鳴の有無及びその程度 | | | | | | | | | | | | | | ※耳介の欠損程度 | | | | | | | | | | | | | | |
| 鼻　の  障　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　発音機能障害…発音不能語音（口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音）  　３　その他… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 外ぼうの醜状又は歯牙の欠損障害 | | | | 醜状痕の部位,長さ,大きさ,週状度等歯牙欠損の歯列程度補てつの方法等 | | | | | |
| そしゃく機能  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、これに制限があって租借が充分でないもの | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 種 類 | 残　存　障　害　の　程　度　お　よ　び　内　容 | | | | | | | | | | | | | | | |
| て  ん  か  ん | （てんかんについては、原因、発作の型、発作回数、投薬の有無、内容等具体的に説明して下さい） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸腹部臓器(生殖器･ 秘尿器)の障害 | （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） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 柱の変形(奇  形)及  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  ト装用 | 有(一時的・恒久的)・無 | | | |
| 左　屈 | |  | | 右　屈 | |  | コルセッ  トの種類 |  | | | |
| 左回旋 | |  | | 右回旋 | |  | その他 |  | | | |
| 下肢の短　縮 | 左下肢長 　　 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 | | | |
| 右下肢長　　　 cm | |
| 上･下  肢の機能障害　(手指･足指)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 | |
| 左 | 右 | | 左 | | 右 | | 左 | 右 | 左 | 右 |
|  |  | 度 | 度 | | 度 | | 度 | |  | |  | 度 | 度 | 度 | 度 |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 備 考 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予後の所見 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断いたします。  　 名称    年　　月　　日 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　※印の項目については人体図又は空欄を利用して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。