



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												
眼球の 障害	視 力	裸 眼		矯 正		調 節 機 能		視 野 狭 窄 (8方向)					
		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 の 視 野 広 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					
	周波数比		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	%				
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 (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、図示又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												
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	<p>切断部位は ----- で図示してください。</p> <p>障害部位は  で図示してください。</p> 												
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				体幹骨長管骨の変形	※部位					
	左下肢長	cm						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					
自動・他動とも必ず健側も(記入ください) 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 予後の 関連 所見お	(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。						所在地							
						名 称							
診 断 日						年 月 日							
診断書発行日						年 月 日							
						診 療 科							
						医 師 氏 名							
						(印)							

◎後遺障害の等級は記入しないでください。