

全私教共済 後遺障害診断書(胸腹部臓器用)

氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	
住所			職業		
初診日	年 月 日	症状固定日	年 月 日 症状固定		
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	[] 日間	手術日	年 月 日	
傷病名	(初診時の症状および経過)		手術名 手術内容	KM - レセプト点数 () 点	
後遺障害の内容					
呼吸器	動脈血酸素分圧 () Torr		動脈血炭酸ガス分圧 () Torr		
	スパイロメトリー %1秒量 ()		%肺活量 ()		
	呼吸困難の程度		(高度)	(中度)	(軽度)
	運動負荷試験内容 ()				
循環器	心筋梗塞、狭心症、心臓外傷等の後遺障害により心機能が低下した場合の運動耐容の低下				
	許容条件ガイドライン基準に照らし		(中程度)	(軽度)	
	左心室駆出率 () %		METs (運動強度) ()		
	<input type="radio"/> ペースメーカーの植え込みをしている		<input type="radio"/> 除細動器の植え込みをしている		
食道	房室弁または大動脈弁の置換で、継続的な抗凝血薬が				
	大動脈に偽腔開存型の解離を残す		<input type="radio"/> 該当する	<input type="radio"/> 該当しない	
胃	食道の狭窄による通過障害 <input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない				
	胃の切除範囲 <input type="radio"/> 全部 <input type="radio"/> 噴門部 <input type="radio"/> 幽門部 <input type="radio"/> 該当しない				
小腸	胃の切除により認められる障害				
	<input type="radio"/> 消化吸収障害 <input type="radio"/> ダンピング症候群 <input type="radio"/> 逆流性食道炎 <input type="radio"/> 体重減少				
	小腸の大量切除により				
	<input type="radio"/> 残存する空腸および回腸の長さが100cm以下となった				
	<input type="radio"/> 残存空・回腸の長さが100cmを超え300cm未満であって消化吸収障害が認められる				
	人工肛門の造設により				
小腸内容が漏出することによりストマ周辺に著しいびらんを生じパウチ等の装着が					
<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない					
小腸皮膚ろう					
小腸内容大部分を漏出しパウチ装着が					
<input type="radio"/> パウチ装着できる <input type="radio"/> パウチ装着できない					
小腸内容漏出100m/日以上で					
<input type="radio"/> パウチ装着できる <input type="radio"/> パウチ装着できない					
<input type="radio"/> 小腸内容漏出少量					
小腸狭窄を残す <input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない					
大腸	結腸のすべてなど大腸のほとんどを切除 <input type="radio"/> 該当する <input type="radio"/> 該当しない				
	人工肛門の造設				
	大腸内容が漏出することによりストマ周辺に著しいびらんを生じパウチ等の装着が				
	<input type="radio"/> できる <input type="radio"/> できない				
	大腸皮膚ろう				
	大腸内容大部分を漏出し				
<input type="radio"/> パウチ装着できる <input type="radio"/> パウチ装着できない					
大腸内容漏出100m/日以上でパウチ装着が					
<input type="radio"/> パウチ装着できる <input type="radio"/> パウチ装着できない					
<input type="radio"/> 大腸内容漏出少量					
便秘 (神経障害性) <input type="radio"/> 用手適便を要する <input type="radio"/> 左記に該当しない					
便秘禁 (神経障害性) <input type="radio"/> 完全便秘を残す <input type="radio"/> 常時おむつが必要					
<input type="radio"/> 常時オムツの必要はないが、明らかに便秘である					

◎該当する欄に記載および○をしてください。なお、後遺障害の等級は記入しないでください。

肝臓	<input type="checkbox"/> ウイルスの持続感染が認められ、かつ、AST、ALTが持続的に低値である肝硬変 <input type="checkbox"/> ウイルスの持続感染が認められ、かつ、AST、ALTが持続的に低値である慢性肝炎	
胆嚢	胆嚢を失う	
すい臓	内分泌機能障害	<input type="checkbox"/> 認められる <input type="checkbox"/> 認められない
	外分泌機能障害	<input type="checkbox"/> 認められる <input type="checkbox"/> 認められない
<input type="checkbox"/> 軽微なすい液ろうを残したため皮膚に疼痛等を生じる		
脾臓	脾臓を失う	
泌尿器	GFR値 () ml/分 <input type="checkbox"/> 人工透析を行っている	
	<input type="checkbox"/> 腎臓を失った場合 <input type="checkbox"/> 腎臓を失っていない場合	
	尿路変更術を行った尿管、膀胱および尿道の障害	
	<input type="checkbox"/> 尿が漏出することによりストマ周辺が著しい皮膚のびらんを生じパット等の装着が出来ない <input type="checkbox"/> 上記に該当しない <input type="checkbox"/> 禁制型尿リザボア術式を行った <input type="checkbox"/> 尿禁制型尿路変更術を行った <input type="checkbox"/> 外尿道口形成術を行ったが尿道カテーテルを留置している	
	排尿障害	<input type="checkbox"/> 残尿が100ml以上 <input type="checkbox"/> 残尿が50ml以上100ml未満 <input type="checkbox"/> 糸状ブジーを必要とする <input type="checkbox"/> シャリエ式尿道ブジー第20番がかるうじて通り、時々拡張術が必要
	蓄尿障害	<input type="checkbox"/> 持続性尿失禁を残す <input type="checkbox"/> 終日パット等を装着、しばしば交換しなければならない <input type="checkbox"/> 常時パットの装着が必要だが、パットの交換までは要しない <input type="checkbox"/> 常時パットの装着は要しないが下着が少しぬれる
頻尿	<input type="checkbox"/> 頻尿を残す	
生殖器	女性	<input type="checkbox"/> 閉経していた <input type="checkbox"/> 閉経していない <input type="checkbox"/> 両側卵巣喪失、常態として卵子が形成されない <input type="checkbox"/> 両側の卵管に閉塞もしくは癒着を残す、頸管に閉鎖を残す、子宮を失うのいずれか <input type="checkbox"/> 陰茎を挿入出来ない状態の膣口狭窄を残す <input type="checkbox"/> 狭骨盤の真結合腺が10.5cm未満または入口部横径が11.5cm未満 <input type="checkbox"/> 一側の卵巣を失う
	男性	<input type="checkbox"/> 無精子症であった <input type="checkbox"/> 無精子症ではなかった <input type="checkbox"/> 両側睾丸喪失、常態として精液中に精子が存在しない <input type="checkbox"/> 陰茎の大部分が欠損 <input type="checkbox"/> 神経系検査にもとづく勃起障害を残す <input type="checkbox"/> 尿道または射精管の断裂等により射精障害を残す <input type="checkbox"/> 一側の睾丸を失った
胸 腹 部 臓 器 の 障 害		そ の 他 参 考 所 見
<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		
<p>上記のとおり診断いたします。</p> <p style="text-align: right;">所在地</p> <p style="text-align: right;">名 称</p> <p style="text-align: right;">診 断 日 年 月 日 診 療 科</p> <p style="text-align: right;">診断書発行日 年 月 日 医師氏名</p>		

◎該当する欄に記載および○をしてください。なお、後遺障害の等級は記入しないでください。

※全私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。