



# 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	治癒又は 症状固定日	年 月 日	治癒 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 ( )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下さい)													
種類	障害の程度および内容													
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
	右				( )D									
	左				( )D									
眼動 障害 運 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. 注視の 広 野 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 Hz	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	%				
		日	左					dB	dB	%				
	第 2 回	年 月 日	右					dB	dB	%	※耳鳴の程度と大きさ			
		日	左					dB	dB	%				
第 3 回	年 月 日	右					dB	dB	%					
	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					
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)													

※給付申請書類は全国私教連のホームページ[<http://www.zenkyo.biz/shikyoren/>]から印刷することもできます。

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、図示又は説明して下さい。
3. 聴力障害・視野障害についてはオーディオグラム・視野表を添付して下さい。
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)をご使用下さい。

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ご記入下さい(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
よ事故との関連見お	(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						診療科						
年 月 日												
診断書発行日						医師氏名						
年 月 日												

◎後遺障害の等級は記入しないで下さい。

