

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 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		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 球障 害 運	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	オーディ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	%					
		年 月 日	左					dB	dB	%					
	第2 回	年 月 日	右					dB	dB	%	※耳鳴の程度と大きさ				
		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)														