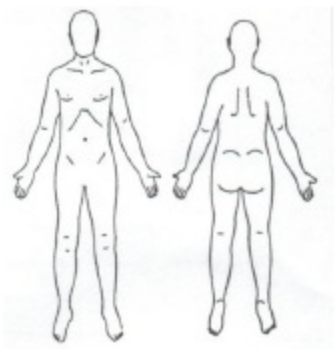


後遺障害診断書

氏名		男・女			
生年月日	M. T. 年 月 日 ()歳 S. H.				
住所		職業			
受傷日時	年 月 日	症状固定日			
当院入院期間	自 年 月 日 ()日間 至 年 月 日	当院通院期間			
傷病名		今回事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)			
自覚症状		既存障害			
各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害について、該当項目に有・無に○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入してください)					
① 他覚症状および検査結果	知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください。 X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください。 眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください。				
					
② 各臓器の機能低下の程度と具体的な症状を記入してください。					
③ 眼球・眼瞼の障害	視力	調節機能	視野	眼瞼の障害	
	裸眼	矯正	近点距離・遠点距離	調整力	イ. まぶたの欠損 ロ. まつげはげ ハ. 開瞼・閉瞼障害 (視野表を添付してください) (図示してください)
	右		cm	cm ()D	
	左		cm	cm ()D	
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)	右 複視 左	イ. 正面視 ロ. 左右上下視		
眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの多角的所見を①の欄に記入してください。					

◆記入にあたってのお願い

- この用紙は、自動車損害賠償責任保険における後遺障害認定のためのものです。交通事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。
- 歯牙障害については、歯科後遺障害診断書を使用してください。
- 後遺障害の等級は記入しないでください。

④ 聴力と耳介の障害	オーディオグラムを添付してください		耳介の欠損	⑤ 鼻の障害	⑦ 醜状障害 (採皮痕を含む)		
	検査日	6分平均	最高明瞭度	イ. 鼻軟骨部の欠損 (右⑦欄に図示してください) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚脱失 ニ. 嗅覚減退 ⑥ そしゃく・言語の障害	1. 外ばう イ. 頭部 ロ. 顔面部 ハ. 頸部 2. 上肢 3. 下肢 4. その他		
	第1回	右 dB % 左 dB %				イ. 耳介の1/2以上 ロ. 耳介の1/2未満 (右⑦欄に図示してください)	
	第2回	右 dB % 左 dB %					耳鳴
第3回	右 dB % 左 dB %						
⑧ 脊柱の障害	圧迫骨折・脱臼(椎弓切除・固定術を含む)の部位		イ. 頸椎部	ロ. 胸腰椎部	荷重機能障害 常時コルセット装用の必要性 有・無	⑨ 体幹骨の変形 (裸体になってわかる程度) X-Pを添付してください	
	運動障害		前屈 度 右屈 度 右旋回 度	後屈 度 左屈 度 左旋回 度			
⑩ 上肢・下肢および手指・足指の障害	短縮	右下肢長 cm 左下肢長 cm	(部位と原因)	変長管骨形の	イ. 仮関節 ロ. 変形癒合 (部位) X-Pを添付してください		
	欠損	上肢 (右) (左) 下肢 (右) (左)	手指 (右) (左)	足指 (右) (左)			
	関節機能障害	関節名	運動の種類	他動 右 左 自動 右 左	関節名	運動の種類	他動 右 左 自動 右 左
	日健側患側とも記入して自動他動および						
障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください。							
診断日 平成 年 月 日				所在地 名称			
診断書発行日 平成 年 月 日				診療科 医師氏名			
				印			