

残存障害診断書

認定番号

氏名	男・女	生年月日	年	月	日(歳)								
住所	所属名												
受傷日時	年	月	日	治ゆ又は 症状固定日	年	月	日	治ゆ 症状固定日					
入院期間	年	月	日から	年	月	日まで	通院期間	年	月	日から	年	月	日まで
傷病名	(初診時の症状および経過)			既存障害 (部位・程度・状況等)									
後遺障害の内容													
主訴 又は 症状 又は 状態													
他検査 結果及び 結果													
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		
目 障 害	※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害												
	※耳鳴の有無及びその程度 ※耳介の欠損程度												
聴 力 障 害	オーディオメーター検査成績												
	左	A()+2B()+2C()+D()= () dB		最高 聴力	人声聴力検査成績								
耳 介 の 欠 損	※耳介の有無及びその程度 ※耳介の欠損程度												
	※鼻軟骨の欠損程度 ※鼻の機能障害(鼻呼吸・嗅覚等について)												
鼻 の 障 害	全部・大部分・一部分												
言 語 障 害	※1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語症……(運動性・感覚性・その他()) 3 発声機能障害……4種の発音中()種発生不能 4 その他……												
	※1 流動食以外は摂取できない 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 そしゃくが充分でないもの												
その他 の 障 害	外傷の欠損障害又は												

記入上の注意

- 1 該当事項は○印を付け必要事項をご記入ください。
- 2 ※印欄は自・他覚症状又は人体図等空欄を利用して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。

種類	障害の程度および内容										
精神・神経・泌尿器の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)										
切断・知覚等の障害	切断部位は.....で図示してください。 障害部位は■■■■で図示してください。										
手足の障害	※部位・程度	前屈	度	後屈	度	コルセット 装用 その他	有・無・一時的・恒久的				
		左屈		右屈							
下 肢 の 障 害	左下肢長	短縮の原因				体幹骨 長骨骨 の変形	※部位 イ、機件となつてわかる程度 ロ、レントゲン写真でわかる 程度				
	右下肢長										
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			
			左	右	左	右	左	右	左	右	
備考											
予 後 の 見 込	(機能回復の見込み、その他参考所見)										
総 合 意 見	以上より、障害の程度は、地方公務員災害補償法別表の障害等級の 第 級 号(部位) 第 級 号(部位) 第 級 号(部位) に相当するものと考えます。										
上記のとおりであることを証明します。											
年 月 日										所在地	
										医療機関の名 称	
										医師の氏名	
福島県市町村総合事務組合管理者											