

## 残存障害診断書（精神・神経の障害）

				認定番号	
氏名			男・女	生年月日	年 月 日（歳）
被災日	年 月 日	治ゆ又は症状固定日	年 月 日	治療日数	日
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	（部位・程度・状況等）	
神 経 の 障 害					
症 状 及 び 部 位 程 度					
精 神 の 障 害					
程 度 頻 度 及 び 等	〔痴呆・情意の障害・幻覚・妄想・発作性意識障害・人格変化・その他（ ）〕				
知 能 検 査	検査名				
	結果及び評価	記憶障害	〔有・無〕	程度	（ ）
		行動障害	〔有・無〕	程度	（ ）
		知能低下	〔有・無〕	程度	（ ）
		判断力障害	〔有・無〕	程度	（ ）
		計算力障害	〔有・無〕	程度	（ ）
		その他	〔有・無〕	程度	（ ）
言 語 障 害	1 発声機能の完全喪失	てんかん	原因…〔外傷・その他（ ）〕		
	2 中枢性失語症…〔運動性・感覚性・その他（ ）〕		程度及び頻度	服薬 有 無	
3 発音機能障害…発音不能語音 （口唇音・歯舌音・口蓋音・咽頭音）					
4 その他					
そ の 他 の 事 項					
日 常 生 活	1 病床に限定	労 働 力	1 現職復帰は可能		
	2 食事、月便等、短時間の離床は可能		2 軽易な雑務等は可能		
	3 通院、自宅周辺等の歩行は可能		3 全く不可能		
	4 その他（ ）		4 その他（ ）		
今 後 の 見 込 み					
総 合 意 見	以上により、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 級第 号 第 級第 号 に相当するものと考えます。				
上記のとおり診断いたします。			所在地		
年 月 日			名 称		
			医師氏名		

（注）該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。