

# 障 害 診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
傷 病 名			負傷発病年月日	年 月 日	
障害の部位			初 診 年 月 日	年 月 日	
既 往 歴		既存障害	症状固定年月日	年 月 日	
療 及 養 び の 経 内 経 容 過					
残 存 障 害 の 内 容	主訴又は 自覚症状				
	他覚所見	(他覚所見及び画像所見等についてご記入ください。)			

以下、残存障害の程度及び内容について、図示又は説明してください。

種類	残 存 障 害 の 程 度 及 び 内 容				
歯 科 補 綴 前 の 状 態	<p>①事故により喪失した歯を×で、欠損（破折）した歯を△で囲んでください。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8			
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8			
	<p>①-2 破折の程度について図示又は説明してください。</p>				
<p>② 既存障害の有無 [ 有 ・ 無 ]</p> <p>※災害前にあった喪失歯のうち、放置していた歯を×、橋義歯の人工歯で補綴していた歯を⊗、部分床義歯で補綴していた歯を⊠で囲んでください。（C4の状態の歯についてもC4とご記入ください。）</p> <p>※また、災害前にあった歯冠部を欠損していた歯のうち、放置していた歯を△、全部歯冠修復を行っていた歯を⊙、一部歯冠修復を行っていた歯を⊡で囲んでください。</p> <p>※橋義歯については、<span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">⊗</span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">⊗</span><span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">⊗</span>の形式で記入してください。</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
<p>③ 上記にて全部歯冠修復を行っていた歯のなかで、補綴の結果、天然歯の歯冠部がほとんど失われていたと考えられる歯があれば、その歯をご記入ください。</p>					

歯 科 補 綴 後 の 状 態	※災害に起因して行った歯科補綴内容についてご記入ください。					
	① 災害に起因して抜歯した歯を×で囲んでください。					
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8					
①-2 抜歯の理由についてご記入ください。						
現 在 の 歯 牙 補 綴 状 況	② 災害に起因して全部歯冠修復を行った歯を○で、一部歯冠修復を行った歯を◎で囲んでください。					
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
②-2 補綴の理由についてご記入ください。						
※全歯牙について、現在の補綴内容をご記入ください。						

現 在 の 歯 牙 補 綴 状 況	① ※喪失歯のうち、放置している歯を×、橋義歯の人工歯で補綴している歯を◎、部分床義歯で補綴している歯を☒で囲んでください。(C <sub>4</sub> の状態の歯についてもC <sub>4</sub> とご記入ください) ※また、歯冠部を欠損している歯のうち、放置している歯を△、全部歯冠修復を行っている歯を○、一部歯冠修復を行っている歯を☒で囲んでください。 ※橋義歯については、 <u>◎◎◎◎</u> の形式で記入してください。					
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> </tr> </table>	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8				
② 上記にて全部歯冠修復を行っている歯をご記入いただきました歯のなかで、補綴の結果、天然歯の歯冠部がほとんど失われた歯があれば、その歯をご記入ください。						
その他の障害があれば、その内容及び程度についてご記入ください。						

上記のとおり診断します。  年 月 日	所在地 _____  医療機関名称 _____ 診療担当医師 _____ 氏 名 _____
---------------------------	--

**ご記入の前に**

- 1 地方公務員災害補償制度上、歯牙障害として障害補償の対象となるのは、災害により喪失又は著しく欠損したため、現実に歯科補綴を行った歯牙をいいます。
- 2 そしゃく及び言語機能障害が残存している場合は、その内容についてもご記入願います。
- 3 既存障害も、後遺障害等級の決定に関係がありますので、併せてご記入願います。