障　　害　　診　　断　　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | |  | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | 性別 | 男・女 | |
| 被災日 | | 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 | | （部位・程度・状況等） | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 神　　経　　の　　障　　害 | | | | | | | | | | | | | | |
| 症状の程度及び部位 |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 精　　神　　の　　障　　害 | | | | | | | | | | | | | | |
| 程度及び頻度等 | [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 | |  | | | | 記憶障害　[有・無／程度（　　　　　　　　　　　　）]  情動障害　[有・無／程度（　　　　　　　　　　　　）]  失見当識　[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　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 結果及び評価 | | | | | |
| 言語機能の障害 | 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　発音機能障害…発音不能語音  （口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音）  ４　その他…（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | て　ん　か　ん | | 原因…[外傷・その他（　　　　　　　　　　　　）] | | | | | |
| 程度及び頻度 | | | | | 服薬 |
| 有  無 |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| そ　　の　　他　　の　　事　　項 | | | | | | | | | | | | | | |
| 範囲  日常生活の | １　病床に限定  ２　食事、用便等、短時間の離床は可能  ３　通院、自宅周辺等の歩行は可能  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | 労働能力 | | １　現職復帰は可能  ２　軽易な雑役務等は可能  ３　全く不可能  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 見込み  今後の |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |

（注）　該当事項に○印をつけ必要事項ご記入ください。