

# 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 養 及 び 経 過 内 容					
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、残存する障害の程度及び内容について、該当事項に○印をつけ、必要事項をご記入ください。また、※印については、他欄空欄を利用するなどし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													
上 肢 ・ 下 肢 の 機 能 障 害	単位：度													
	手指・足指	中 手 ( 足 ) 指 節 関 節 (第1指の場合は中手指節関節)				近 位 指 節 間 関 節 (第1指の場合は指節間関節)				遠 位 指 節 間 関 節				
		自 動		他 動		自 動		他 動		自 動		他 動		
		右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左	
	第1指	屈曲												
		伸展												
	第1指 (手)	橈側外転												
		掌側外転												
	第2指	屈曲												
		伸展												
第3指	屈曲													
	伸展													
第4指	屈曲													
	伸展													
第5指	屈曲													
	伸展													
手 関 節	自 動		他 動		足 関 節		自 動		他 動					
	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左				
屈 曲						屈 曲								
伸 展						伸 展								
肘 関 節	自 動		他 動		膝 関 節		自 動		他 動					
	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左				
屈 曲						屈 曲								
伸 展						伸 展								
肩 関 節	自 動		他 動		股 関 節		自 動		他 動					
	右	左	右	左	右	左	右	左	右	左				
屈曲 (前方挙上)						屈 曲								
外転 (側方挙上)						伸 展								
内転						外 転								
						内 転								

上肢・下肢の機能障害	動揺関節	部位・・・( )					
		程度・・・( )					
上肢・下肢の变形	部位・・・上腕骨・尺骨・橈骨・大腿骨・脛骨・腓骨 ※変形の程度 ( ) 偽関節・・・【有・無】 部位・・・( )						
脊柱の変形(奇形)及び害	※部位・・・頸椎 ( ) 胸椎 ( ) 腰椎 ( ) 仙骨、尾骨 ※原因・・・骨折・固定術・筋肉拘縮 その他 ( )	前屈	度	後屈	度	コルセットの装用	有(一時的・恒久的) 無
		右屈		左屈		その他の所見	
		右回旋		左回旋			
体幹骨の変形	※部位・・・( ) 変形の程度 イ. 裸体となって明らかにわかる程度 ロ. レントゲン写真でわかる程度 ハ. その他 ( )	下肢の短縮	上前腸骨棘～下腿内果下端 右下肢長 cm 左下肢長 cm	短縮の原因			
醜状の障害	(醜状痕の部位、長さ、大きさ、醜状度等の程度について図示又は説明してください。)						
切断・知覚等の障害	(障害の程度を図示又は説明してください。また、安静時痛の有無等神経症状の障害の程度や遊離骨片の有無についてもご記入ください。)						
神経の障害	(脊髄障害並びに根性及び末梢神経麻痺の程度についてご記入ください。)						
上記のとおり診断します。		所在地 _____					
_____年 月 日		医療機関名称 _____					
		診療担当医師 _____					
		氏名 _____					