

# 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 |
| 療養及び経過の内容 |          |                           |         |         |       |
| 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、その他欄等の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                         |  |         |            |  |              |               |                            |               |    |   |    |   |    |
|------------|-------------------------------------|--|---------|------------|--|--------------|---------------|----------------------------|---------------|----|---|----|---|----|
| 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 |
|            | 右                                   |  |         |            |  | ( )D         |               |                            |               |    |   |    |   |    |
|            | 左                                   |  |         |            |  | ( )D         |               |                            |               |    |   |    |   |    |
|            | 眼球運動障害                              | 1 複視の有無<br>イ 正面視にて複視を生じる<br>ロ 左右上下視にて複視を生じる              |         |            |  | 2 注視野の広さ     |               |                            | 右<br>左<br>両 眼 |    |   |    |   |    |
| 眼瞼の障害      | ※眼瞼・まつ毛の欠損・運動障害の程度について図示又は説明してください。 |  |         |            |  |              |               |                            |               |    |   |    |   |    |
| 聴力障害と耳介の欠損 | オーディオメーター検査成績                       |  |         |            |  | 語音明瞭度<br>検 査 | 人声聴力検査成績      |                            |               |    |   |    |   |    |
|            | 右                                   | $\frac{a( )+2b( )+2c( )+d( )}{6} = [ \quad ] \text{ db}$ |         |            |  | 最良明瞭度<br>%   | 大 声<br>話声語    | 接耳<br>不能・可能 [ ] cmにて<br>可能 |               |    |   |    |   |    |
|            | 左                                   | $\frac{a( )+2b( )+2c( )+d( )}{6} = [ \quad ] \text{ db}$ |         |            |  | 最良明瞭度<br>%   | 大 声<br>話声語    | 接耳<br>不能・可能 [ ] cmにて<br>可能 |               |    |   |    |   |    |
|            | ※耳鳴の有無及びその程度                        |  |         |            |  | ※耳介の欠損程度     |               |                            |               |    |   |    |   |    |

|  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| 鼻の障害   | ※鼻軟骨の欠損程度  | ※鼻の機能障害（鼻呼吸・嗅覚等についてご記入ください。） |
|  | 全部・大部分・一部分   |                              |
| 言語機能の障害  | ※1 発声機能の完全喪失<br>2 中枢性失語症…【運動性・感覚性・その他（ ）】<br>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）<br>4 その他…（ ） |                              |
| そしゃく機能の障害  | ※1 流動食以外は摂取できない<br>2 粥食程度なら摂取できる<br>3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があつてそしゃくが十分でないもの                 |                              |
| 外ぼうの醜状障害   | （醜状痕の部位、長さ、大きさ、醜状度等について図示又は説明してください。）  |                              |
| 胸泌尿器（生殖器）の障害   | （障害の程度等についてご記入ください。）   |                              |
| その他  | （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。）  |                              |
| <p style="text-align: center;">所在地 _____</p> <p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">医療機関名称 _____</p> <p style="text-align: center;">診療担当医師 _____</p> <p style="text-align: center;">氏 名 _____ (印)</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> |  |                              |

添付資料について

聴力障害・視野障害については、オージオグラム・視野表を添付してください。