

障 害 診 断 書

(様式8) - 1

Ⅳ 共済給付制度

1. 氏 名	男・女		2. 生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
3. 住 所				8. 受 傷 (発 病) 日	年	月	日
4. 傷 病 名				9. 初 診 日	年	月	日
5. 4 の 原 因	☐ 医師推定 ☐ 患者申告			10. 入 院 日	年	月	日
6. 障害の部位				11. 退 院 日 現在入院中	年	月	日
7. 今回の受傷 以前にあった 身体障害	☐ 有 ☐ 無	→ 部位と障害内容	13 前 医	☐ 有 ☐ 無	→ 住所・氏名		
14. 今回の受傷(発病)から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障害状態の詳細							
治療内容							
手術名							
手術日 年 月 日							
15. 視力障害	裸眼視力・矯正視力			矯正不能・不適の場合は			
	右 眼 -----	()	その理由 ()				
	左 眼 -----	()					
16. 聴力障害	該当する項目に○印をつけてください。 a. 聴力レベル b. 聴力損失			周 波 数 500Hz 1000Hz 2000Hz 4000Hz 右() dB () dB () dB () dB 左() dB () dB () dB () dB	17. 機能障害	(下記A～Cのうち該当する項目に○印をしてください) A. 通常の飲食物が食べられる B. かゆ食またはこれに準ずる程度の飲食物であれば食べられる C. 流動食しか摂取できない	
18. 言語機能の障害	(該当する項目に○印をしてください) (程 度) A. 言語機能のそう失(音声語による意志の疎通が全くできない) B. 言語機能の著しい障害(身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意志の疎通が困難である) C. 言語機能の障害(簡単な単語の発語により意志の疎通がかなり可能) D. そ の 他			(原 因) a. こう頭てき出(1. 全部 2. 一部) b. 中枢性失語症 c. 構音障害(1. 口唇音 2. 歯舌音 3. 口蓋音 4. こう頭音) d. そ の 他()			
19. 中枢神経系または精神の障害(脊髄損傷を含む)・胸腹部臓器の著しい障害(日常生活上、介護の要否に関して、下記の項目のうち、該当するものに○をしてください。)							
A 食物の摂取		B 排便・排尿		C 衣服着脱・起居・歩行・入浴		D 精神状態(知能を含む)	
ア、箸を使用して可能		ア、通常便器で、自力で可能		ア、通常の身のまわりの動作可能		ア、通常の精神(知能)状態	
イ、食器・食物を選定すれば、自力で可能		イ、特別の器具を使用すれば自力で可能		イ、ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴がろうじて可能		イ、障害が軽度で監視介助は不要	
ウ、自分では困難		ウ、特別の器具により、自力で排せつできるが、あとしまつは自力で不能		ウ、ベッド上の起居・周辺歩行のみがろうじて可能		ウ、障害が中等度で大部屋での監視介助が必要	
エ、介助がなければ全く不可能		エ、おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能		エ、ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能		エ、障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要	
				オ、全くのねたきり状態			
20. 脊柱障害	A 運動障害 B 変形障害		前屈(0°～°) 後屈(0°～°) 右旋(0°～°) 左旋(0°～°) 右屈(0°～°) 左屈(0°～°)		胸 腰 椎 前屈(0°～°) 後屈(0°～°) 右旋(0°～°) 左旋(0°～°) 右屈(0°～°) 左屈(0°～°)		
通常、衣服を着用しても外部から見て、 ☐ 明らかにわかる ☐ わからない							

4 3
 ○印は、訂正印は、必ず証明印による訂正印をお願いします。

【保存年限永年】

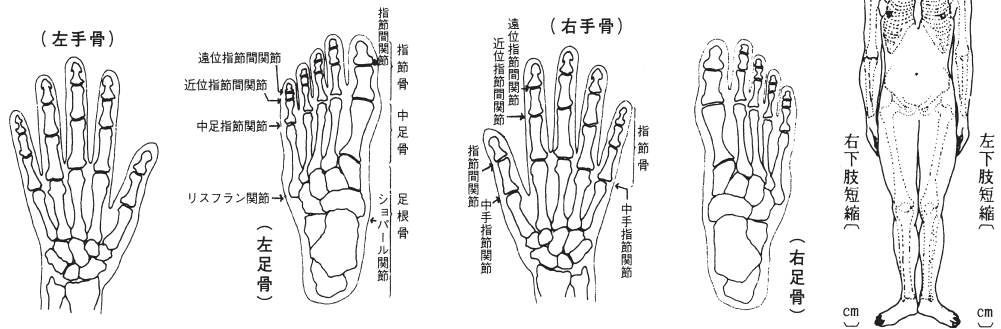
お願い

21 障害のない項目は斜線で消して下さい。(疾病による障害の場合には、16項、20項、22項の記入は不要です。)

関節・脊柱の運動範囲については、自動運動範囲を記入願います。

21. 運動麻痺・欠損・短縮

(四肢、手指、足指の切断の場合は、切断箇所にはっきりと線を入れてください。)
(四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。)
(下肢短縮の場合は、その程度[cm]を記入してください。)



22. 手指・足指の運動障害

右手指・足指		第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	※ 母指については、記入の必要はありません。 母指においては、指節間関節とします。
遠位指節間関節 近位指節間関節 中手指節関節	伸展度	()	()	()	()	()	
	屈曲度	()	()	()	()	()	
	()	()	()	()	()	()	
左手指・足指		第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	※ 母指については、記入の必要はありません。 母指においては、指節間関節とします。
遠位指節間関節 近位指節間関節 中手指節関節	伸展度	()	()	()	()	()	
	屈曲度	()	()	()	()	()	
	()	()	()	()	()	()	

23. 四肢関節の運動障害

運動の種類・範囲		伸展度 ~ 屈曲度	内転度 ~ 外転度	内旋度 ~ 外旋度
関節	右	~	~	~
	左	~	~	~
関節	右	~	~	~
	左	~	~	~
関節	右	~	~	~
	左	~	~	~
関節	右	~	~	~
	左	~	~	~
関節	右	~	~	~
	左	~	~	~

24. その他の障害状態の有・無【例えば、鼻の欠損・機能障害など】

25. 回復の可能性と症状の固定についての意見【15~24項目】

症状の固定時期 年 月 日頃

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地
病院又は診療所の 名称
医師氏名

㊞