

## 障 害 程 度 診 断 書

認 番	定 号	
--------	--------	--

1 被災職員に関する事項	所属団体			所属部局									
	職名			氏名	( 歳)								
	負傷又は発病の年月日	年 月 日		治年月日	年 月 日								
	傷病名	(初診時の症状及び経過)		既存障害	(部位・程度・状況等)								
2 残存障害の程度及び	主自訴 又症は 他検査 状況及び 結果												
	眼球の障害	左	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
		右			( )D								
		眼動球障害運害	1 複視の有無 イ 正面視にて複視を生ずる ロ 左右上下視にて複視を生ずる		2 注の視広野さ	左 右 両眼							
	眼障 の害	*眼瞼、まつ毛の欠損、運動障害											
	聴力障害と 耳介の欠損	オーディオメーター検査成績		語音明瞭度検査		人声聴力検査成績							
		左	a( )+2b( )+2c( )+d( ) ————— = ( ) db 6	最良明瞭度 %		大 声 話 声 語	不能・接耳 可能 ・( ) cmにて 可能						
		右	a( )+2b( )+2c( )+d( ) ————— = ( ) db 6	最良明瞭度 %		大 声 話 声 語	不能・接耳 可能 ・( ) cmにて 可能						
		*耳鳴の有無及びその程度				*耳介の欠損程度							
鼻障 の害	*鼻軟骨の欠損程度		*鼻の機能障害 (鼻呼吸・嗅覚等について)										
	全部・大部分・一部分												
言 語 機 能 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 発音機能の障害…………… 4種の語音中( )種の発音不能 [ 口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音 ] 4 そ の 他……………												
そ し ゃ く 機 能 障 害	*1 流動食以外は摂取できない。 2 粥食程度なら摂取できる。 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充分でないもの。												

内容に関する事項	精神・神経・胸腹 泌尿器（生殖器）の障害	(障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度)	醜状障害	(醜状の部位・長さ・大きさ・程度等)																																																																																				
	切断・知覚等の障害	<p>切断部位は-----で図示してください。 障害部位は  で図示してください。</p>																																																																																						
	脊柱の变形及び運動障害	* 部位… 頸椎・胸椎・腰椎 原因… 骨折・固定術・筋肉拘縮・その他 ( ) 程度	<table border="1"> <tr> <td>前屈</td> <td>度</td> <td>後屈</td> <td>度</td> </tr> <tr> <td>左屈</td> <td></td> <td>右屈</td> <td></td> </tr> <tr> <td>左回旋</td> <td></td> <td>右回旋</td> <td></td> </tr> </table>	前屈	度	後屈	度	左屈		右屈		左回旋		右回旋		コルセット用 コルセットの種類 その他	有(一時的・恒久的)・無																																																																							
	前屈	度	後屈	度																																																																																				
	左屈		右屈																																																																																					
	左回旋		右回旋																																																																																					
短肢の縮	<table border="1"> <tr> <td>左下肢長</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>右下肢長</td> <td>cm</td> </tr> </table>	左下肢長	cm	右下肢長	cm	短縮の原因	体幹骨 長管骨 の変形	*部位 イ 裸体になってわかる程度 ロ レントゲン写真でわかる程度																																																																																
左下肢長	cm																																																																																							
右下肢長	cm																																																																																							
上・手指・下肢の機能障害	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">関節部位</th> <th rowspan="2">運動種類</th> <th colspan="2">自動</th> <th colspan="2">他動</th> <th rowspan="2">関節部位</th> <th rowspan="2">運動種類</th> <th colspan="2">自動</th> <th colspan="2">他動</th> </tr> <tr> <th>左</th> <th>右</th> <th>左</th> <th>右</th> <th>左</th> <th>右</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	関節部位	運動種類	自動		他動		関節部位	運動種類	自動		他動		左	右	左	右	左	右																																																																					
関節部位	運動種類			自動		他動				関節部位	運動種類	自動		他動																																																																										
		左	右	左	右	左	右																																																																																	
障害と災害との後の所見	(障害と災害との因果関係の有無、程度及び機能回復の見込等の予後の所見)																																																																																							

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

医療機関

所在地

名称

医師の氏名

- [注意事項]
- 1 該当事項に○印をつけて必要事項を記入してください。
  - 2 \*印欄は、自・他覚症状欄、人体図又は空欄等を利用し図示又は説明してください。
  - 3 視野の測定は、ゴールドマン型視野計によってください。
  - 4 聴力障害・視野障害についてはオーディオグラム、視野表を添付してください。
  - 5 この文書料は、診療費に含めて請求してください。
  - 6 歯牙の障害については、障害(歯牙)程度診断書を利用してください。