

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、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	調整力	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 イ 正面視にて複視を生じる ロ 左右上下視にて複視を生じる				2 注視野の広さ			右 左 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				語音明瞭度検査	人声聴力検査成績							
		右	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = [] \text{ db}$				最良明瞭度 %	大 声 話声語	接耳 不能・可能	[] cmにて 可能				
	左	$\frac{a()+2b()+2c()+d()}{6} = [] \text{ db}$				最良明瞭度 %	大 声 話声語	接耳 不能・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								

(注) 視野の測定は、ゴールドマン型視野計によってください。

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 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…（ ）	
そしゃく機能の障害	※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 _____</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。