

障 害 診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日	性別	男・女
被災日	年 月 日	治ゆ又は症状固定日	年 月 日	治 癒 症 状 固 定	
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	()日間	通院期間	年 月 日から 年 月 日まで	実治療日数 ()日
傷 病 名	(初診時の症状および経過)		既存障害	(部位・程度・状況等)	

神 経 の 障 害	
症状の程度及び部位	

精 神 の 障 害			
程度及び頻度等	[情意の障害・幻覚・妄想・発作性意識障害・人格変化・その他 ()]		
知 能 検 査	検 査 名		記憶障害 [有・無/程度 ()] 情動障害 [有・無/程度 ()] 失見当識 [有・無/程度 ()] 知能低下 [有・無/程度 ()] 判断力障害 [有・無/程度 ()] 計算力障害 [有・無/程度 ()] その他 ()
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… ()	て ん か ん	原因…[外傷・その他 ()] 程度及び頻度 服薬 有 無

そ の 他 の 事 項			
日 範 常 生 活 の 圏	1 病床に限定 2 食事、用便等、短時間の離床は可能 3 通院、自宅周辺等の歩行は可能 4 その他 ()	労 働 能 力	1 現職復帰は可能 2 軽易な雑役務等は可能 3 全く不可能 4 その他 ()
今 見 後 込 の み			
上記のとおり診断します。 所在地 _____ 医療機関名称 _____ 診療担当医師 _____ 氏 名 _____			

(注) 該当事項に○印をつけ必要事項ご記入ください。