

障害診断書（障害見舞金支払請求用）

氏名			生年月日	昭・平・令 年 月 日（ 歳）																																									
受傷年月日	昭・平・令 年 月 日			治ゆ又は症状 固定日	平・令 年 月 日 治ゆ 症状固定																																								
傷病名	※初診時の傷病名及び経過について記入してください。							既 存 障 害	※既存障害があれば、その程度について記入してください。																																				
障害の全容	※障害の部位・程度全般について記入し、詳細については、「具体的障害の程度及び内容」の欄に記入してください。																																												
種類	具体的障害の程度及び内容																																												
眼球の障害	視力			調節機能			視野障害 ※視野表添付の場合記入不要																																						
		裸眼	眼鏡による矯正（常用の可・否）	CL・眼内レンズによる矯正			調節力（水晶体摘出の有無）			上	上外	外	外下	下	下内	内	内上																												
	右		（可・否）				（ ）D																																						
	左		（可・否）				（ ）D																																						
	眼球運動障害	1 複視の有無 イ 正面視で複視を生ずる ロ 正面視以外（左右上下視等）で複視を生ずる					2 注視野の 広さ（8方向）		右																																				
眼瞼の障害	※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害 （開瞼時・閉瞼時の写真を添付してください。）					外傷性散瞳（右・左） イ 1眼の瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な羞明を訴えるもの ロ 1眼の瞳孔の対光反射はあるが不十分で羞明を訴えるもの																																							
聴力障害及び び耳介の障害	オーディオメーター検査結果 ※検査表添付の場合記入不要							※耳介欠損の程度（写真添付）																																					
	周波数Hz	A 500	B 1,000	C 2,000	D 4,000	A+2B+2C+D/6		最高明瞭度	※耳鳴の程度と大きさ																																				
	右					db		db %	※耳漏の程度																																				
	左					db		db %																																					
鼻の障害	※鼻の機能障害（鼻呼吸・嗅覚等）の程度、損傷の場合は写真添付							醜 状 障 害	醜状痕の部位及び程度 ※創面治ゆから6か月経過後の写真を添付 ・医療保険適用による形成手術を受ける予定の有無 有 ・ 無																																				
言語機能の障害	※程度の詳細 1 中枢性失語症 2 構音機能障害（口唇音、歯舌音、口蓋音、喉頭音の4種のうち発音不能のもの） 3 声帯麻痺によるかすれ声								部位（ ） 程度（ ） 図																																				
その他障害	※1 流動食以外は摂取できない 2 粥食又はこれに準ずる程度のもの以外は摂取できない 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があって十分でない 4 その他（嚥下・味覚等の障害）																																												
歯牙障害	※歯牙破折・欠損の部位・程度及び補綴の形態 ※歯冠部分の破折の部位とそれに対する補綴の形態を記入してください。																																												
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">6</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">7</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">8</td> </tr> </table>													8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																														
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																														

- 記入上のお願い
- 1 該当する事項に○印をつけ、必要事項をご記入ください。
 - 2 障害のない項目は、斜線で消し、訂正の場合は訂正印を押してください。
 - 3 視力障害については、両眼（患側・健側）の裸眼及び矯正視力を記入してください。
 - 4 関節、脊柱の運動領域については、原則として他動運動による測定値をご記入ください。自動運動による測定値を用いる場合は、その旨明記してください。

種 類		具 体 的 障 害 の 程 度 及 び 内 容									
精神・神経・胸腹部臓器・生殖・泌尿器の障害	※障害の具体的な内容について記入してください。										
	切断・知覚麻痺等の障害	※該当箇所を明示してください。(切断の場合はレントゲン写真を添付してください。) ※下肢長差の原因									
脊柱・体幹の変形及び運動障害		※部位及び程度について記入してください。 (レントゲン写真を添付してください。)		頸部	運動名	参考可動域	可動域	胸部	運動名	参考可動域	可動域
	屈曲(前屈)	(0~60°)			屈曲(前屈)	(0~45°)					
			伸展(後屈)	(0~50°)			伸展(後屈)	(0~30°)			
			左回旋	(0~60°)		腰部	左回旋	(0~40°)			
			右回旋	(0~60°)			右回旋	(0~40°)			
			左側屈	(0~50°)		部	左側屈	(0~50°)			
			右側屈	(0~50°)			右側屈	(0~50°)			
手指の運動障害	第1指	MCP/MTP 関節			IP/PIP 関節			母指関節/DIP 関節			
		参考可動域	右	左	参考可動域	右	左	参考可動域	右	左	
		屈 (0~60°)			屈 (0~80°)			橈側外転 (0~60°)			
		伸 (0~10°)			伸 (0~10°)			掌側外転 (0~90°)			
	第2指	屈 (0~90°)			屈 (0~100°)			屈 (0~80°)			
		伸 (0~45°)			伸 (0°)			伸 (0°)			
	第3指	屈 (0~90°)			屈 (0~100°)			屈 (0~80°)			
		伸 (0~45°)			伸 (0°)			伸 (0°)			
	第4指	屈 (0~90°)			屈 (0~100°)			屈 (0~80°)			
		伸 (0~45°)			伸 (0°)			伸 (0°)			
	第5指	屈 (0~90°)			屈 (0~100°)			屈 (0~80°)			
		伸 (0~45°)			伸 (0°)			伸 (0°)			
足趾の運動障害	第1趾	屈 (0~35°)			屈 (0~60°)			屈 (—)	—	—	
		伸 (0~60°)			伸 (0°)			伸 (—)	—	—	
	第2趾	屈 (0~35°)			屈 (0~35°)			屈 (0~50°)			
		伸 (0~40°)			伸 (0°)			伸 (0°)			
	第3趾	屈 (0~35°)			屈 (0~35°)			屈 (0~50°)			
		伸 (0~40°)			伸 (0°)			伸 (0°)			
	第4趾	屈 (0~35°)			屈 (0~35°)			屈 (0~50°)			
		伸 (0~40°)			伸 (0°)			伸 (0°)			
	第5趾	屈 (0~35°)			屈 (0~35°)			屈 (0~50°)			
		伸 (0~40°)			伸 (0°)			伸 (0°)			
上・下肢の運動障害	関節名	運動名	参考可動域	右	左	関節名	運動名	参考可動域	右	左	
											肩関節
		伸展(後挙)	0~50°				回外	0~90°			
		外転(側挙)	0~180°			股関節	屈曲	0~125°(膝屈曲)			
		内転	0°				伸展	0~15°			
		外旋	0~60°				外転	0~45°			
		内旋	0~80°				内転	0~20°			
	肘関節	屈曲	0~145°			膝関節	外旋	0~45°			
		伸展	0~5°				内旋	0~45°			
	手関節	屈曲(掌屈)	0~90°			足関節	屈曲(底屈)	0~45°			
		伸展(背屈)	0~70°				伸展(背屈)	0~20°			
		橈屈	0~25°								
		尺屈	0~55°								
	身体障害者手帳交付の有無・等級及び交付年月日				等級 第 級			平・令 年 月 日 交付			
機能回復の見込み、その他参考意見											
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日						所在地 名称 医師氏名					