

障 害 診 断 書

1. 氏名	男・女	2. 生年月日	明 治 正 和 年 月 日 大 昭 平 成
3. 住所		8. 受傷日(発病日)	年 月 日 ① 医師推定 ② 患者申告
4. 傷病名		9. 初診日	年 月 日
5. 4の原因	① 医師推定 ② 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	① 有 ② 無	12. 終診日 現在治療中(当院・他院)	年 月 日
13. 前医	① 有 ② 無	③の場合→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…… ()	左眼…… ()	その理由 ()
16. 聴力障害	該当する項目に○印をつけてください。	周波数 500Hz 1000Hz 2000Hz 4000Hz	17. 機能障害 (下記の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(音声言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るうじて可能) 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・起座・座位・歩行・入浴	D 精神状態(知能を含む)
ア. 普通に箸を使用してが可能 イ. 食器類(スプーン、フォーク、特別のコップ、皿等)に多少工夫をするか特別の食物(おにぎり、パン等)であればすべて自分で食物の摂取が可能。 ウ. ある程度自分で食物の摂取が可能であるが、かなりの介護が必要。 エ. 介護がなければ、自分では全く食物の摂取が不能	ア. 通常の便器を使用して自分で大小便の排せつや後始末が可能 イ. 特別の器具や補助器具を使用すれば、自分で大小便の排せつや後始末が可能 ウ. 特別の器具や補助器具を使用すれば、自分で大小便の排せつは可能であるが、後始末は自分では不能 エ. おしめ、補助器具等を使用し、介護がなければ自分では大小便の排せつや後始末が不能	ア. 通常の身のまわりの動作可能 イ. ベッド上での移動、起座・座位の保持、ベッド周辺での歩行、衣服の着脱、入浴程度であれば辛うじて自分で可能 ウ. ベッド上での移動、起座・座位の保持、ベッド周辺での歩行程度であれば辛うじて自分で可能であるが、衣服の着脱、入浴はある程度の介護が必要 エ. 寝返り、ベッド上での小移動程度であれば自分で可能、その他は介護が必要 オ. 寝たきりの状態で、介護がなければ寝返り、ベッド上での小移動も自分で不能	ア. 通常の精神(知能)状態 イ. 軽度の精神障害があるが、監視、介助は不要 ウ. 中等程度の精神障害があり、大部屋で一応監視、介助が必要 エ. 高度の精神障害があり、常に監視、介助または個室での隔離が必要
20. 脊柱障害	A 運動障害	頸 椎	前屈(0°～ °) 後屈(0°～ °) 右旋(0°～ °) 左旋(0°～ °) 右屈(0°～ °) 左屈(0°～ °)
	B 変形障害	胸 椎	前屈(0°～ °) 後屈(0°～ °) 右旋(0°～ °) 左旋(0°～ °) 右屈(0°～ °) 左屈(0°～ °)
			通常の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

お 願 い

4 3 2 1
訂正の場合、訂正印を必ず押し願います。
○印は、訂正の項目は斜線で消してください。
○印は、訂正の項目は斜線で消してください。
○印は、訂正の項目は斜線で消してください。
○印は、訂正の項目は斜線で消してください。

21. 運動麻痺・欠損・短縮	<p>(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。</p>						
	(左手骨)	(左足骨)	(右手骨)	(右足骨)			
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	※(一)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 間 節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	
	左 手指・足指	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	
	遠位指節間関節 近位指節間関節 中 手 指 節 間 節	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	伸展度 屈曲度	
23. 四肢関節の運動障害	部位	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	～	～	～		
	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。				平成	年	月	日
所在地							
病院又は診療所の名称							
医師氏名				①			