

重度障害診断書

(後遺障害診断書)

U A ゼ ン セ ン 福 祉 共 済 互 助 会
全国労働者共済生活協同組合連合会 (こくみん共済 coop)

<記入上の注意>

- ◆注意書きがある場合を除き、症状固定日時点における障害についてご記入をお願いします。
- ◆1ページ目の1・2および4ページ目の3・4は必ずご記入をお願いします。その他の欄は、患者様ご該当する障害部位に応じて、ご記入をお願いします。
- ◆*「労働能力」とは、一般的な平均的労働能力を言い、年齢、職種、利き腕、知識、経験等の職業的、能力的諸条件は考慮しません。

氏名	カルテ番号()		性別	男・女	生年月日	年	月	日	
ア. 障害内容			既存障害	有・無	障害内容・傷病名		治療時期		
イ. 原因となった疾病・外傷名				有・無	病院名(住所・電話)				
ウ. イの原因			前医	有・無	病院名(住所・電話)				
				有・無	医師名				
患者申告 受傷・発病日	年	月	日	入院期間		年	月	日まで	
医師推定 受傷・発病日	年	月	日	年	月	日	から	年	
初診日	年	月	日	年	月	日	から	年	
				1. 入院治療中 2. 通院治療中 3. 治ゆ 4. 転医 5. 中止					
1. 発病(受傷)から初診までの経過および初診時の所見				初診時の意識状態(ア. 正常 イ. 軽度の障害 ウ. 重度の障害 エ. 昏睡状態)					
				JCS・GCSスコア:()					
2. 現在までの治療内容と効果				器質の変化[有・無]、検査名() *具体的内容は以下にご記入ください。					
				手術名					
				手術日 年 月 日					
① 神経系統の機能	麻痺等の範囲	四肢 ・ 片 [右 ・ 左] ・ 対 [上肢 ・ 下肢] ・ 単 [右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢]							
	感覚障害	種類	ア. 疼痛 [部位:] イ. 異常感覚(蟻走感、感覚脱失等) [部位:] ウ. 特殊な性状の疼痛[カウザルギー ・ RSD] / ※診断根拠となる検査所見等を裏面3. にご記入ください。						
		頻度	ア. ほとんど常時 イ. 可動時[具体的な動作:] ウ. 雨曇天時 エ. その他 []						
		疼痛の労働能力に及ぼす影響(*)	ア. 軽易な労務以外の労働に常に差し支える程度の疼痛がある						
			イ. 通常の労務に服することはできるが、疼痛により時には労働に従事することができなくなるため、就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限される						
感覚障害の原因となる他覚的所見の有無(骨の変形や骨癒合不全等)		<input type="checkbox"/> あり(治療時の検査所見等を具体的にご記入ください。) ・ <input type="checkbox"/> なし							
② 泌尿器の障害	神経因性膀胱障害	無 ・ 有 [症状・頻度]							
	神経因性直腸障害	無 ・ 有 [症状・頻度]							
	※各臓器の機能低下の程度と具体的な症状(生化学検査・血液学的検査などの成績は、この欄にご記入いただくか検査表を添付してください。)								
	呼吸器の障害		心機能の障害		その他				
・動脈血酸素分圧(室内気)	[] Torr	・左室駆出率	[] %						
・動脈血炭酸ガス分圧(室内気)	[] Torr	・心胸比	[] %						
・動脈血酸素分圧(酸素吸入下)	[] Torr	・NYHA分類	クラス []						
・動脈血炭酸ガス分圧(酸素吸入下)	[] Torr	・CCS分類	クラス []						
・%1秒量(%FEV1.0)	[] %	・運動強度	[] METs 超の						
・%肺活量	[] %	強度の身体活動の制限							
(検査日: 年 月 日)		(検査日: 年 月 日)							

		視力 (矯正: 可 ・ 不可)						眼球の障害の原因						
⑥ 眼球・まぶた	裸眼視力	矯正視力						不等像視の有無	<input type="checkbox"/> 脳神経の損傷・病変 <input type="checkbox"/> 脳の損傷・病変 <input type="checkbox"/> 眼球の器質的変化					
	右	数値()	<input type="checkbox"/> 指数弁(m)	<input type="checkbox"/> 手動弁	<input type="checkbox"/> 光覚弁									
	左	数値()	<input type="checkbox"/> 指数弁(m)	<input type="checkbox"/> 手動弁	<input type="checkbox"/> 光覚弁	有 ・ 無								
	調節機能			視野(ゴールドマン型視野計、V/4視標による)										
		近点・遠点・屈折力等	調節力		上	上外	外	外下	下	下内	内	内上		
	右	cm	cm	D	右									
	左	cm	cm	D	左									
	複視の有無			注視野の広さ			散瞳・羞明の程度			眼球の完全喪失日				
	ア. 正面視にて複視を生じる			(右)	(左)	(両眼)	ア. 対光反射が不十分で、羞明がある			右	年	月	日	
	イ. 左右上下視にて複視を生じる			400度	400度	360度	イ. 対光反射が著しく障害され、羞明が著明			左	年	月	日	
まぶたの欠損		右・左	ア. 閉瞼時、角膜を完全に覆い得ない			イ. 閉瞼時、角膜を完全に覆うことができるが、球結膜が露出している								
まつげはげ		右・左	ア. まつげ縁の1/2以上			イ. まつげ縁の1/2未満								
開瞼・閉瞼障害		右・左	ア. 開瞼時、瞳孔縁を完全に覆う			イ. 閉瞼時、角膜を完全に覆い得ない								
⑦ 鼻	鼻軟骨の欠損(「醜状欄」に記載ください)		ア. 軟骨部の全部又は大部分			イ. 「ア」以外								
	鼻の機能障害(鼻呼吸・嗅覚等)の程度		ア. 鼻呼吸困難(両側・右側・左側)			イ. 嗅覚脱失(5.6以上)			ウ. 嗅覚減退(2.6以上5.5以下)			エ. その他(2.6未満) ※T&T法ファクトメータによる平均嗅力損失値をご記入ください【		
⑧ 耳	オージオメータ検査成績						難聴の原因	ア. 感音性難聴[右 ・ 左]						
	【ご注意】 ※症状固定日後の3回分の検査についてご記入ください。 ※検査と検査の間隔は7日以上あけてください。							イ. 伝音性難聴[右 ・ 左] ウ. 混合性難聴[右 ・ 左]						
	検査日		6分平均		最高明瞭度		耳介の欠損程度	ア. 耳介の軟骨部の1/2以上						
	第1回	年 月 日	右	dB	dB	%		イ. 耳介の軟骨部の1/2未満						
	第2回	年 月 日	右	dB	dB	%	鼓膜の外傷性穿孔・耳漏	ア. 常時耳漏がある						
第3回	年 月 日	左	dB	dB	%	イ. 「ア」以外 ウ. 外傷による外耳の高度の狭窄で耳漏を伴わない								
		右	dB	dB	%	耳鳴の程度・大きさ	ア. 他覚的に著しい耳鳴りが常時ある							
		左	dB	dB	%		イ. 耳鳴りが常時ある							
⑨ 歯牙	※今回の事故より前に以下のいずれかの状態となっていた歯に × 印をご記入ください。													
	喪失していた歯／歯冠部体積の4分の3以上を欠損していた歯／既に補綴されていた歯／C4状態であった歯													
	※今回の事故によって、「喪失」または「歯冠部体積の4分の3以上を欠損」した歯に ○ 印をご記入ください。 ※今回の事故による歯の治療の必要上、「抜歯」または「歯冠部体積の4分の3以上を切除し歯科補綴」した歯に △ 印をご記入ください。 ※△印の歯について、抜歯・切除の理由をご記入ください。													
		E D C B A A B C D E												
		7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7												
		7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7												
		E D C B A A B C D E												
⑩ 言語機能	ア. 構音障害により発音不能(「不明瞭」は含みません) (発音不能なものに○印の上、原因もご記入をお願いします) □唇音 ・ 歯舌音 ・ □蓋音 ・ 喉頭音 ※原因: イ. 声帯の全部摘出 ウ. 失語症(程度・内容は以下にご記入ください)						⑪ そしゃく機能	ア. 流動食以外は摂取できない イ. 粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外の摂取ができない ウ. ある程度の日常固形食(ご飯など)は摂取できるが、これに制限があって、そしゃくが十分ではない エ. その他()						
								原因	<input type="checkbox"/> 不正咬合 <input type="checkbox"/> そしゃく関与筋群の異常 <input type="checkbox"/> 顎関節の障害 <input type="checkbox"/> 開口障害 <input type="checkbox"/> 補綴不能の歯牙損傷 <input type="checkbox"/> その他()					
⑫ 醜状	外貌	部位	頭部 ・ 顔面部 ・ 頸部											
		性状	線状痕 ・ 組織陥没 ・ 瘢痕 ・ 欠損											
		大きさ	線状痕	具体的な長さ() cm										
		欠損・瘢痕・組織陥没	手のひら大 ・ 鶏卵大 ・ 10円銅貨大											
	外貌以外	露出面	部位	右上肢 ・ 右下肢 ・ 左上肢 ・ 左下肢 ※上肢は肩関節以下、下肢は股関節以下で手部・足背部を含む										
		範囲	1/2以上 ・ 手のひら大以上											
	露出面以外	部位	胸部 ・ 腹部 ・ 背部 ・ 臀部											
		範囲	ほとんど全域 ・ 1/2超 ・ 1/4超											
		人目につく程度で [ある ・ ない]												

◆神経系統の機能または精神・胸腹部臓器の障害の場合には、下記⑬・⑭・⑮にもご記入をお願いします。			
◆次の項目について、該当するものに○・×をつけてください。○：一人できる ×：一人ではできない *補助具等の使用の状態をもってご記入ください。			
⑬ 日常生活上の所見	【身体性機能】		◆以下項目は、左右を区別してご記入をお願いします。 ※利き手 右 ・ 左
	1. 歩く(屋内) []	4. 立ち上がる []	8. 上衣の着脱(前あきの上衣を着てボタンをとめる) 右 [] 左 []
	2. 歩く(屋外) []	5. 階段を上る []	9. スポンの着脱(どのような姿勢でもよい) 右 [] 左 []
	3. 座る []	6. 階段を降りる []	10. 持ち上げる (概ね500gの物) 右 [] 左 []
	(正座・脚なげ等問わず)	7. ひもを結ぶ []	11. 字を書く(文章は問わず) 右 [] 左 []
	【高次脳機能】		
	1. 人の話を聞いてすぐに理解できる []	5. 一桁の足し算ができる []	
	2. 家族と話が通じる []	6. 新しいことを覚えて身につけることができる []	
	3. 今日が何月何日かわかる []	7. ひとつのことを続けることができる []	
	4. 数分前の出来事や聞いたことを覚えている []	8. わずかなことで怒ったり、興奮したり、いらいらしない []	
⑭ 日常生活上の介護要否	1. 食物の摂取	2. 排便・排尿	3. 衣服着脱・起居歩行・入浴
	ア. 箸を使用して可能 イ. 食器・食物を選定すれば自力で可能 ウ. 自力では困難 エ. 介助がなければ全く不可能	ア. 通常便器で、自力で可能 イ. 特別の器具を使用すれば自力で可能 ウ. 特別の器具により、自力で排せつできるが、後始末は自力で不能 エ. おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能	ア. 通常の身のまわりの動作可能 イ. ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴からうじて可能 ウ. ベッド上の起居・周辺歩行のみからうじて可能 エ. ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能 オ. 全くの寝たきり状態
⑮ 労働能力喪失の程度	神経系統・胸腹部臓器		精神
	ア. 労働能力が全くなく生命維持に必要な身の回りの処理の動作について他人の介護を[常時・随時]要する。 イ. 労働能力が全くなく終身労務に服することができない。 ウ. 特に軽易な労務にのみ服することができる。(労働能力が平均人の1/4程度) エ. 軽易な労務にのみ服することができる。(労働能力が平均人の1/2程度) オ. 通常の労務に服することはできるが、就労可能な職種が相当な程度に制限される。		ア. 精神の障害のため他人の監視又は介護を[常時・随時]要する。 イ. 精神の障害のため労働能力はあっても常時他人が付き添って指示を与えなければ全く労務の遂行ができない。 ウ. 他人の頻繁な指示がなくては労務の遂行ができない又は、労務遂行の巧緻性や持続性が平均人より著しく劣る。 エ. 精神の障害のため他人の監視は不要であるが労働能力が平均より明らかに低下している。 オ. 精神の障害のため職種が相当程度制限される。 カ. 労働には差し支えないが、医学的に証明できる精神障害がある。 キ. 労働には差し支えないが、医学的に推定できる精神障害がある。
3. その他特徴的なこと(症状固定時における特記すべき検査所見・神経学的所見等)			
4. 症状の固定時期(回復の見込みがなくなった時期)			
ア. 症状固定と判断する。 症状固定日: 年 月 日			
イ. 今後大きな回復、改善が見込めるため、現時点では症状未固定と判断する。			
◆障害の有無及び程度の診断は、医学上一般に承認された治療方法をもってしても、その効果が期待し得ない状態になったときに行います。 ◆ただし、進行性疾患で回復の見込みがなく、今後状態が悪化していくと判断される場合には、「後遺障害診断書に記載された障害状態となった時期」を症状固定日としてご記入ください。			
5. 後遺障害の内容に対する所見(回復の見込み等)			
◆特に、上記「4」で、「症状未固定」を選択された場合には、今後の治療予定や症状固定の見込み時期等について詳細にご記入ください。			
上記のとおり証明します。			
住所		年	月 日
病院または診療所の名称		医師氏名	印
診療科			
電話番号			