

障 害 診 断 書

1. 氏 名	男・女	2. 生年月日	明治 大昭和 平成	年 月 日	
3. 障害の種類	1. 両眼の視力を全く永久に失ったもの		8. (発病) 傷日	年 月 日	
	2. 言語の機能を全く永久に失ったもの			(医師推定) (患者申告)	
	3. そしゃくの機能を全く永久に失ったもの			9. 初診日	年 月 日
	4. 両上肢を手関節以上で失ったもの				年 月 日
5. 両下肢を足関節以上で失ったもの		10. 入院日	年 月 日		
6. 1上肢を手関節以上で失いかつ、1下肢を足関節以上で失ったもの			年 月 日		
7. 両上肢の用を全く永久に失ったもの		11. 退院日	年 月 日		
8. 両下肢の用を全く永久に失ったもの			年 月 日		
9. 10手指を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの		12. 終診日	年 月 日		
10. 両耳の聴力を全く永久に失ったもの			年 月 日		
4. 傷病名			11. 現在入院中	年 月 日	
5. 4の原因	(医師推定) (患者申告)		12. 終診日	年 月 日	
6. 障害の部位			現在治療中(当院・他院)	年 月 日	
7. 今回の受傷以前にあった身体障害	有 無	→部位と障害内容	13. 前医	有 無	
			→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	()	その理由 ()		検査(計測)日 年 月 日	
左眼	()				
16. 聴力障害	該当する項目に○印をつけてください		17. 機能障害		
	周波数	500Hz	1000Hz	2000Hz	
a. 聴力レベル	右()dB	()dB	()dB	()dB	
b. 聴力損失	左()dB	()dB	()dB	()dB	
		検査(計測)日 年 月 日			
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(音声語による意志の疎通が全くできない)		A. 通常頭てき出(1全部 2一部)			
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)		B. 中枢性失語症			
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ろうじて可能)		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		D. その他()			
		検査(計測)日 年 月 日			

お願い
15〜20項については、障害のある場合に記載して下さい。
関節の運動範囲については、自動運動範囲をご記入願います。
印は○印を必ず押印願います。
訂正の場合、訂正印を必ず押印願います。

(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。)

(左手骨)

(右手骨)

(右足骨)

検査(計測)日 年 月 日

20. 手指・足指の運動障害(自動運動範囲)	右(手指)・足指	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	※ 母指については、記入の必要はありません。 (-)については、記入の必要はありません。
	遠位指節間関節	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 ()	
	近位指節間関節	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 ()	
	中(手)指節間関節	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	
	左(手指)・足指	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	
	遠位指節間関節	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 ()	
	近位指節間関節	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 ()	
	中(手)指節間関節	() ()	() ()	() ()	() ()	() ()	

21. 四肢関節の運動障害(自動運動範囲)	運動の種類・範囲		MMT(※)	伸展度 ~ 屈曲度	内転度 ~ 外転度	内旋度 ~ 外旋度
	部 位	関節				
	肩	右		~	~	~
		左		~	~	~
	肘	右		~	~	~
		左		~	~	~
	手	右		~	~	~
		左		~	~	~
	股	右		~	~	~
		左		~	~	~
	膝	右		~	~	~
		左		~	~	~
	足	右		~	~	~
		左		~	~	~

※MMT(徒手筋力テスト)欄には、結果を0~5の数値にてご記入ください。

22. 回復の可能性と症状の固定についての意見

	上記の障害状態を診断された日	年 月 日
	症状の固定時期	年 月 日頃
上記のとおり診断します。	所在地	年 月 日
	病院又は診療所等の名称	
	医師氏名	