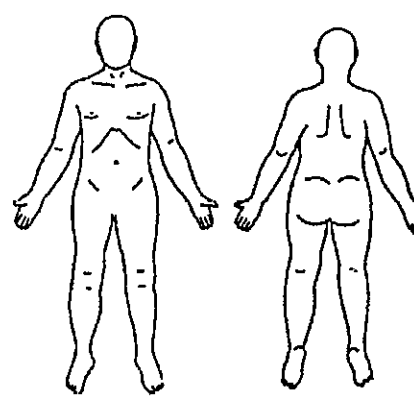
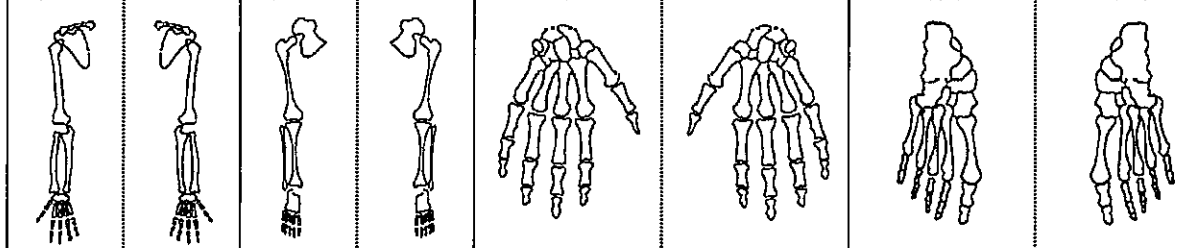


# 自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

氏名	男・女		■記入にあたってのお願い			
生年月日	( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ( ) 歳		1. この用紙は、自動車損害賠償責任保険における後遺障害認定のためのものです。交通事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。			
住所			2. 歯牙障害については、歯科後遺障害診断書を使用して下さい。			
受傷日時	年 月 日		3. 後遺障害の等級は記入しないで下さい。			
当院入院期間	自至	年 月 日 ( ) 日間	当院通院期間	自至	年 月 日 ( ) 日	実治療日数 ( ) 日
傷病名			既存障害	今回事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)		
自覚症状	各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害について、該当項目や有・無に○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入してください)					
① 他覚症状および検査結果	知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください。X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください。眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください。					
						
② 胸器・腹部・泌尿器・生殖器の障害	各臓器の機能低下の程度と具体的な症状を記入して下さい。生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付してください。					
③ 眼球・眼瞼の障害	視力		調節機能		視野	
	裸眼	矯正	近点距離・遠点距離	調節力	イ. 半盲 (1/4半盲を含む)	
	右		cm	cm ( ) D	ロ. 視野狭窄	
	左		cm	cm ( ) D	ハ. 暗点	
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		右	複視	ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください)	
眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの他覚的所見を①の欄に記入してください。						(図示してください)

④ 聴力と耳介の障害	オージオグラムを添付してください				耳介の欠損	⑤ 鼻の障害	⑦ 醜状障害 (採皮痕を含む)
	イ. 感音性難聴 (右・左)		聴力表示		イ. 耳介の1/2以上	イ. 鼻軟骨部の欠損 (右⑦欄に図示してください)	1. 外ばう
	ロ. 伝音性難聴 (右・左)		イ. 聴力レベル		ロ. 耳介の1/2未満	ロ. 鼻呼吸困難	イ. 頭部
	ハ. 混合性難聴 (右・左)		ロ. 聴力損失			ハ. 嗅覚脱失	ロ. 顔面部
検査日	6分平均		最高明瞭度			ニ. 嗅覚減退	2. 上肢
第1回	年 月 日	右	dB	dB	%		3. 下肢
第2回	年 月 日	左	dB	dB	%	⑥ そしゃく・言語の障害	4. その他
第3回	年 月 日	右	dB	dB	%	原因と程度 (摂食可能な食物、発音不能な語音などを左①欄に記入してください)	(図示してください)
第3回	年 月 日	左	dB	dB	%		
⑧ 脊柱の障害	圧迫骨折・脱臼 (椎弓切除・固定術を含む) の部位				イ. 頸椎部	ロ. 胸腰椎部	荷重機能障害
	運動障害				前屈	後屈	度
	X-Pを添付してください				右屈	左屈	度
					右回旋	左回旋	度
⑩ 上肢・下肢および手指・足指の障害	短縮	右下肢長	cm	(部位と原因)		長管形骨の変形	1. 仮関節
	左下肢長	cm				2. 変形癒合 (部位)	2. 変形癒合
	X-Pを添付してください						
	欠損	上肢 (右)	上肢 (左)	下肢 (右)	下肢 (左)	手指 (右)	手指 (左)
							
⑨ 関節機能障害	関節名	運動の種類	他動		自動		関節名
			右	左	右	左	運動の種類
			度	度	度	度	他動
							自動
⑨ 体幹骨の変形 (裸体になってわかる程度) X-Pを添付してください ⑩ 上肢・下肢および手指・足指の障害 ⑪ 関節機能障害 (健側患側とも記入してください) 日整会方式により自動他動および							
障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください							
上記のとおり診断いたします。				所在地			
診断日 年 月 日				名称			
診断書発行日 年 月 日				診療科			
				医師氏名			