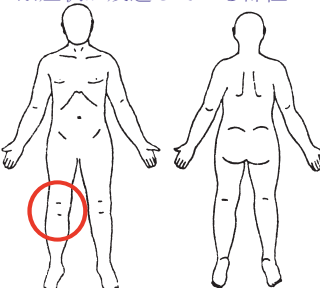


自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

| | | | | |
|---|---|--|--|----------|
| 氏名 | 男・女 | ◆記入にあたってのお願い 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。 2. 歯牙障害については、歯科後遺障害診断書を使用してください。 3. 後遺障害の等級は記入しないでください。 | | |
| 生年月日 | 明治・昭和 大正・平成 | 年 | 月 | 日(歳) |
| 住所 | 患者=被害者の情報です。 | | | |
| 職業 | | | | |
| 受傷日時 | 年 | 月 | 日 | 症状固定日 |
| 当院入院期間 | 自 | 年 | 月 | 日(日間) |
| 当院通院期間 | 自 | 年 | 月 | 日(実治療日数) |
| 傷病名 | ①傷病名 | | 既存障害 今回事故以前の精神・身体障害：有・無 | ②既存障害 |
| 自覚症状 | ③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 | <p>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</p> <p>④他覚的所見及び検査所見</p> <p>※関節の機能障害(可動域制限)に至った原因を記載して頂く必要があります。</p> <p>※ここに記載された所見が重要視されます。</p> <p>※症状が残遺している部位</p>  | | | |
| ②胸部・腹部・泌尿器・生殖器の障害 | <p>各臓器の機能低下の程度と具体的な症状を記入してください 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を添付してください</p> <p>関節の機能障害(可動域制限)の後遺障害診断書は、患者=被害者の個人情報記載されて、</p> <p>①は初診時の外傷性傷病名が ②は既存障害の有無が ③は経過観察中に主治医が認めた愁訴が書かれて ④他覚的所見と検査所見によって、後遺障害の評価が行われます。 ※ここにどんな所見が必要なのかは治療や経過観察から導き出されます ⑤見通しについては、「症状固定」や「不明」で十分です。</p> | | | |
| ③眼球・眼瞼の障害 | 右 | 左 | <p>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)</p> | |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|---|----------|---|--------------------------|---|---|--|--------------|
| 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) ロ. 伝音性難聴(右・左) ハ. 混合性難聴(右・左) | | 聴力表示 イ. 聴力レベル ロ. 聴力損失 | | イ. 耳介の1/2以上 ロ. 耳介の1/2未満 (右欄に図示してください) | イ. 鼻軟骨部の欠損 (右欄に図示してください) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚喪失 ニ. 嗅覚減退 | 1. 外傷 イ. 頭部 ロ. 顔面部 ハ. 頸部 ニ. 上肢 ホ. 下肢 ヘ. その他 | |
| | 検査日 | 6分平均 | 最高明瞭度 | | 耳鳴 ⑥そしゃく・言語の障害 | 原因と程度(摂食可能な食物、発音不能な語音などを左面①欄に記入してください) | (大きさ、形態等を図示してください) | |
| | 第1回 | 右 | dB | dB | | | | % |
| 第2回 | 左 | dB | dB | % | | | | |
| 第3回 | 右 | 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 常時コルセット 装用の必要性 | ⑨イ. 鎖骨 ロ. 肩甲骨 ホ. 肋骨 ハ. 助骨 (鎖骨にわたる種別) X-Pを添付してください | |
| | 運動障害 | | | | 前屈 後屈 右屈 左屈 右回旋 左回旋 | 度 度 度 度 度 度 | 有・無 | |
| | 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 | 短縮 | 右下肢長 | cm | (部位と原因) | | イ. 仮関節 (部位) | ロ. 変形癒合 | |
| | 欠損 | 左 | 該当する関節名と各運動の可動域計測値が記されます。 | | | | | |
| | 損傷 | 右 | <p>「膝関節」の場合 障害を評価する主要運動は、屈曲と伸展になります。 計測値は、他動(医師が動かしたものと)自動(患者が動かしたものと)で、それぞれ、左右の計測値が記されます。 可動域制限のある方を患側といい、無い方は健側といいます。 その上で、他動の健側と患側の計測値にて、障害程度の評価がなされます</p> | | | | | |
| | 関節機能障害 | 関節名 | 運動の種類 | 他動 右 左 | 自動 右 左 | 関節名 | 運動の種類 | 他動 右 左 |
| | 膝 | 屈曲 伸展 | 130度 60度 0 | 60度 130度 0 | | | 度 度 度 | 度 度 度 |
| 障害内容の増悪・緩解の見直しなどについて記入してください | | | | | | | | |
| ⑤見直し | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断いたします。 | | | | 所在地 名称 診療科 医師氏名 | | | | |
| 診断日 平成 年 月 日 | | | | 通院先及び主治医名 | | | | |
| 診断書発行日 平成 年 月 日 | | | | 医師氏名 | | | | |