

# 診 断 書

氏 名		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	性 別	男・女
傷 病 名	<b>足関節脱臼骨折</b>	負傷発病年月日	平成 00 年	00 月	00 日	
障害の部位	<b>足関節</b>	初診年月日	平成 00 年	00 月	00 日	
既 往 症	<b>なし</b>	既存障害	<b>なし</b>	治ゆ年月日	平成00年	00月 00日

療養の内容及び経過

受傷直後に当院に搬送され、手術目的で入院し、整復固定術をした。  
 X-Pにて骨癒合の良好を認め、異物抜去術をした。  
 受傷部に可動域制限を認め、リハビリを行ったが、正常範囲までは回復せず、  
 症状固定と判断した。 記入に当たっての一般的な留意事項

療養の内容と治ゆに至までの経過を、簡潔に記載して下さい。

(図で示すことができるものは図解すること。)

障害の状態の詳細

下表の通り、可動域制限が認められる。

障害が治ったときに残存する障害について、すべて記入して下さい。  
 残存する障害と業務又は通勤による傷病との因果関係  
 疼痛や異常感覚が有る場合は、疼痛等の程度、部位・範囲のほか、  
 本人の自訴、疼痛等が残存する医学的な所見についても記載して下さい。

ポイント：「障害の状態の詳細」= 所見に記載の無い事項は評価されません。

部 位	種類範囲		底屈	背屈						
	足関節	右		45	20					
左			30	10						

関節の可動域制限が認められる場合は、当該関節の主要運動、参考運動の全ての関節可動域角度の測定値を記入して下さい。  
 なお、関節可動域角度は、原則として5°単位で他動値によって測定して下さい。

上記のとおり診断します。

郵便番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_ 局番 \_\_\_\_\_

所 在 地 \_\_\_\_\_

平成 年 月 日

名 称 **労災病院**

診断担当者 **整形外科** 印

氏 名 \_\_\_\_\_ (記名押印又は署名)

社会保険 労務士 記載欄	作成年月日・提出代行者・事務代理者の表示	氏 名	電 話 番 号
		印	