

熊本県PTA共済・後遺障害共済・診断書

被災者氏名					男・女	年齢	歳					
受傷年月日	年	月	日	治癒又は 症状固定日	年	月	日 治癒 症状固定					
傷病名	※初診時の傷病名及び経過について記入してください。			既存障害	※既存障害があればその程度について記入してください。							
障害の全容	※障害の部位・程度全般について記入し、詳細については、「具体的障害の程度及び内容」の欄に記入してください。											
種類	具体的障害の程度及び内容											
眼球の障害	視力			調節機能	視野障害※視野表添付の場合記入不要							
	裸眼	眼鏡による矯正(常用の可否)	CL・眼内レンズによる矯正	調節力(水晶体抽出の有無)	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上
	右	(可・否)		() D								
	左	(可・否)		() D								
	眼障 球 運 動 害	1 複視の有無 イ 正面視で複視を生ずる ロ 正面視以外(左右上下視等) で複視を生ずる		2 注視野 の広さ (8方向)	右							
				左								
眼瞼の障害	※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害 (開瞼時・閉瞼時の写真を添付してください。)			外傷性散瞳(右・左) イ 1眼の瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な羞明を訴えるもの ロ 1眼の瞳孔の対光反射はあるが不十分で羞明を訴えるもの								
聴耳 力 介 障 害 及 び 害	オーディオメーター検査結果 ※検査表添付の場合記入不要						※耳介欠損の程度(写真添付)					
	周波数Hz	A500	B1,000	C2,000	D4,000	A+2B+ 2C+D/6	最高明瞭度	※耳鳴の程度と大きさ				
	右					db	db %	※耳漏の程度				
	左					db	db %					
鼻の障害	※鼻の機能障害(鼻呼吸・嗅覚等)の程度、損傷の場合は写真添付						醜 状 障 害	醜状痕の部位及び程度 ※創面治ゆから6か月経過後の写真 を添付 ・医療保険適用による形成手術を 受ける予定の有無 有・無				
言語機能障害	※程度の詳細 1 中枢性失語症 2 構音機能障害(口唇音、歯舌音、口蓋音、喉頭音の4種のうち発音不能のもの) 3 声帯麻痺によるかすれ声							部位() 程度() 図				
その他機能障害	※1 流動食以外は摂取できない 2 粥食又はこれに準ずる程度のもの以外は摂取できない 3 ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があって十分でない 4 その他(嚥下・味覚等の障害)											

※聴力障害の程度については、手引き書の「障害見舞金給付基準」の写しを参照し、「障害の全容」および「機能回復の見込み・その他参考所見」の欄にもご記入ください。

第4号様式の4-②

種類	具体的障害の程度及び内容															
歯 牙 障 害	※歯牙破折・欠損の部位・程度及び治療の形態								※歯冠部分の破折の部位とそれに対する補綴の形態を記入して下さい。							
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
精神・ 臓器 ・ 神経 ・ 胸腹部 の 障 害	※障害の具体的な内容について記入してください。(日常生活動作機能への影響について具体的に記入してください)															
切 断 ・ 知 覚 麻 痺 等 の 障 害	※該当箇所を明示してください。(切断の場合はレントゲン写真を添付してください。) ※下肢長差の原因 ()															
脊 及 柱 び ・ 体 幹 動 の 障 害 形 害	※部位及び程度について記入ください。 (レントゲン写真を添付してください。)		頸		正 常 域	可 動 域	胸		正 常 域	可 動 域						
				前屈	(0~60°)			前屈	(0~45°)							
				後屈	(0~50)			後屈	(0~30)							
			部	右屈	(0~50)		部	右屈	(0~50)							
				左屈	(0~50)			左屈	(0~50)							
				右旋	(0~70)			右旋	(0~40)							
				左旋	(0~70)			左旋	(0~40)							

※関節・脊柱の運動領域については、原則として他動運動による測定値をご記入ください。自動運動による測定値を用いる場合は、その旨(理由を含む)を明記してください。

第4号様式の4-③

種類	具体的障害の程度及び内容												
		MCP/MTP 関節			IP/PIP 関節			母指関節/DIP 関節					
		参考可動域	右	左	参考可動域	右	左	参考可動域	右	左			
手指の運動障害	第1指	屈 (0~60°)			屈 (0~80°)			橈側外転 (0~60°)					
		伸 (0~10°)			伸 (0~10°)			掌側外転 (0~90°)					
	第2指	屈 (0~90°)			屈 (0~100°)			屈 (0~80°)					
		伸 (0~45°)			伸 (0°)			伸 (0°)					
	第3指	屈 (0~90°)			屈 (0~100°)			屈 (0~80°)					
		伸 (0~45°)			伸 (0°)			伸 (0°)					
	第4指	屈 (0~90°)			屈 (0~100°)			屈 (0~80°)					
		伸 (0~45°)			伸 (0°)			伸 (0°)					
	第5指	屈 (0~90°)			屈 (0~100°)			屈 (0~80°)					
		伸 (0~45°)			伸 (0°)			伸 (0°)					
足趾の運動障害	第1趾	屈 (0~35°)			屈 (0~60°)			屈 (—)	—	—			
		伸 (0~60°)			伸 (0°)			伸 (—)	—	—			
	第2趾	屈 (0~35°)			屈 (0~35°)			屈 (0~50°)					
		伸 (0~40°)			伸 (0°)			伸 (0°)					
	第3趾	屈 (0~35°)			屈 (0~35°)			屈 (0~50°)					
		伸 (0~40°)			伸 (0°)			伸 (0°)					
	第4趾	屈 (0~35°)			屈 (0~35°)			屈 (0~50°)					
		伸 (0~40°)			伸 (0°)			伸 (0°)					
	第5趾	屈 (0~35°)			屈 (0~35°)			屈 (0~50°)					
		伸 (0~40°)			伸 (0°)			伸 (0°)					
上・下肢の運動障害	肩関節	屈曲 (前挙)	0~180°		前腕	回内	0~90°						
		伸展 (後挙)	0~50°			回外	0~90°						
	肘関節	外転 (側挙)	0~180°		股関節	屈曲	0~125° (膝屈曲)						
		内転	0°			伸展	0~15°						
		外旋	0~60°			外転	0~45°						
		内旋	0~80°			内転	0~20°						
	手関節	屈曲	0~145°			膝関節	外旋	0~45°					
		伸展	0~5°				内旋	0~45°					
	手関節	屈曲 (掌屈)	0~90°		足関節	屈曲	0~130°						
		伸展 (背屈)	0~70°			伸展	0°						
		橈屈	0~25°		屈曲 (底屈)	0~45°							
		尺屈	0~55°		伸展 (背屈)	0~20°							
	身体障害者手帳の交付の有無・等級及び交付年月日					等級	第	級	平・令	年	月	日	交付
	機能回復の見込み、その他参考所見 (上肢、手、指、下肢の運動機能、脳機能については、日常生活動作機能に関して具体的に記入してください)												
上記のとおり診断致します。					医療機関 所在地								
年 月 日					名 称								
					医師氏名								
文書料											円		

- 記入上のお願ひ
- 1 該当する事項に○印をつけ、必要事項をご記入ください。
 - 2 障害のない項目は、斜線で消し、訂正の場合は訂正印を押してください。
 - 3 本診断書の文書料については、領収書を添付してください。