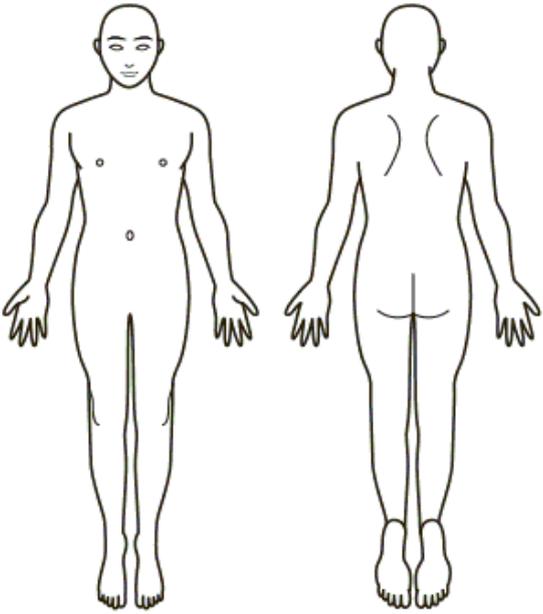


# 後遺障害診断書

|              |  |   |     |  |   |   |   |
|--------------|--|---|-----|--|---|---|---|
| 認定番号         | —  |   |     | (記入にあたってのお願い)<br>1 この用紙は、公務(通勤)災害による後遺障害の認定のためのものです。<br><u>災害に起因した精神、身体障害とその程度について</u> 、詳しく記入して下さい。<br>2 後遺障害の等級は、記入しないで下さい。 |   |   |   |
| 所属           |  |   |     |  |   |   |   |
| 氏名           |  |   | 男・女 |  |   |   |   |
| 生年月日         | 年  | 月 | 日   |  |   |   |   |
| 災害発生日        | 年  | 月 | 日   | 症状固定日  | 年 | 月 | 日 |
| 入院期間         | 年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間   |   |     |  |   |   |   |
| 通院期間         | 年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間 (実治療日数)   |   |     |  |   |   |   |
| 傷病名          | (地方公務員災害補償基金で認定した傷病名を記入して下さい。)   |   |     |  |   |   |   |
| 既存障害         | (今回の災害以前の精神・身体障害の有無、部位、症状、程度等)   |   |     |  |   |   |   |
| 自覚症状         |  |   |     |  |   |   |   |
| 他覚的精神・神経検査結果 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・知覚、反射、筋力、筋萎縮などの神経学的所見や、精神機能検査結果等も記入して下さい。</li> <li>・X-P、CT、MRI等の所見についても具体的に記入して下さい。</li> <li>・眼、耳、四肢に機能障害がある場合も、この欄に原因となる他覚的所見を記入して下さい。</li> </ul> <div style="text-align: center;">  </div> |   |     |  |   |   |   |

言語・そしゃく

|  |  |
|--|--|
| <p>言<br/>語<br/>機<br/>能</p>             | <p>イ 発音機能の完全喪失</p> <p>ロ 発音機能の障害（口唇音・歯舌音・口蓋音・咽頭音の発音不能）</p> <p>ハ 声帯麻痺（著しいかすれ声あり・なし）</p> <p>ニ その他</p>   |
| <p>そ<br/>し<br/>ゃ<br/>く<br/>機<br/>能</p> | <p>イ 流動食以外は摂取できない。</p> <p>ロ 粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外は摂取できない。</p> <p>ハ 固形食物の中にそしゃくができないもの又はそしゃくが十分にできないものがあり、そのことが医学的に確認できる。</p> <p>ニ 開口障害等（開口障害・不正咬合・そしゃく関与筋群のぜい弱化等）により、食物によってはそしゃくに相当の時間を要することがあり、そのことが医学的に確認できる。</p> |
| <p>そ<br/>の<br/>他</p>                   | <p>・味覚障害：濾紙ディスク法による検査<br/>（甘味・塩味・酸味・苦味：認知できないものに○をしてください。）</p>   |

(注) 歯牙障害は、別の診断書を使用して下さい。

上記のとおり診断します。

診療機関名称

所在地

(電話)

年 月 日

医師氏名

印