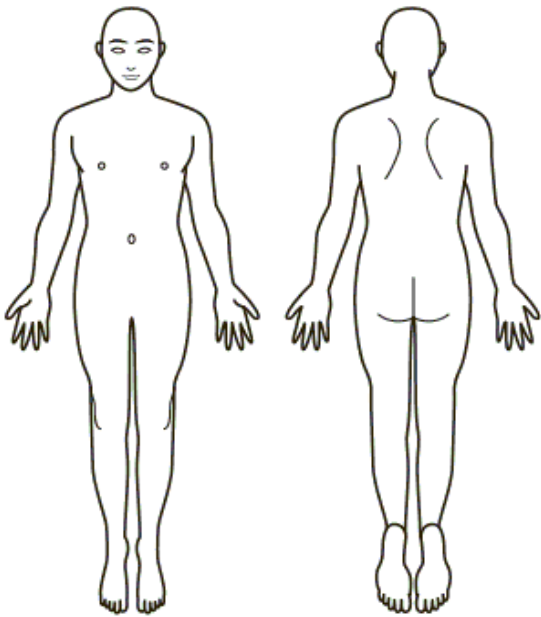


# 後遺障害診断書

認定番号	—			(記入にあたってのお願い) 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。 <u>災害に起因した精神、身体障害とその程度について、詳しく記入して下さい。</u> 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>						

耳

	イ 感音性難聴（ 右 ・ 左 ）	ニ	騒音性難聴（ 右 ・ 左 ）
	ロ 伝音性難聴（ 右 ・ 左 ）		
	ハ 混合性難聴（ 右 ・ 左 ）		
聴	1 オーディオメーター検査成績(オーディオグラムを添付して下さい。)		
	右	$\frac{a(\quad) + 2b(\quad) + 2c(\quad) + d(\quad)}{6}$	db
	左	$\frac{a(\quad) + 2b(\quad) + 2c(\quad) + d(\quad)}{6}$	db
	2 言語明瞭度検査成績(最高明瞭度)		
	右	db	%
	左	db	%
	3 人声聴力検査成績(大声、話声)		
	右	不 能                      接耳可能                      (        ) cmにて可能	
	左	不 能                      接耳可能                      (        ) cmにて可能	
力	4 耳鳴り(難聴を伴う耳鳴りを対象とします。ラウドネスバランス検査及びピッチマッチ検査の検査結果があれば併せてご記入下さい。)		
	右		
	左		
耳	欠損 (図示して下さい。)		
介	イ 耳介の1/2以上		
	ロ 耳介の1/2以下		
そ の 他	イ 鼓膜の外傷性穿孔による耳漏 ( 常時 ・ 常時ではない )		
	ロ 外傷による外耳道の高度の狭さく		

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