

障害等級認定補足調査

所属	地方公務員災害補償基金東京都支部 年金求償担当		
作成年月日	平成28年7月6日	氏名	東京 花子 ㊞

あなたは、障害補償を請求されていますが、障害等級の認定に必要なため、次の該当する項目にお答えください。

1 疼痛について

- ① 疼痛の部位と範囲について記載してください。

右肩関節部、左中指のつけ根より先 等

- ② 疼痛がどのような時に発現するか記載してください。
また、頻度と持続時間についても記載してください。

常時疼痛あり、肩を回すと痛む、1日2回1時間ほど頭痛が続く 等

- ③ 疼痛の性状、強度について記載してください。

動かすと激痛が走る、鈍い痛みがずっと続く 等

- ④ 疼痛により、差し支える業務がある場合、記載してください。

肩を上げられないので板書ができない、デスクワーク以外できない 等

2 異常感覚(麻痺感、シビレ、蟻走感など)について

- ① 異常感覚の部位と範囲について記載してください。

左足の膝から下全て、右頭部の7割ほど 等

- ② 異常感覚の性状について記載してください。

シビレ、感覚脱失、蟻走感 等

- ③ 異常感覚により、差し支える業務がある場合、記載してください。

感覚がないので作業用の工具がうまく扱えない 等