

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。 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。 2 後遺障害の等級は、記入しないで下さい。 3 年月日の記載には元号を用いてください。								
所属												
氏名												
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・神経学的検査結果	・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。 ・X-P、CT、MRI等の所見についても具体的に記入して下さい。 ・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。											
												

