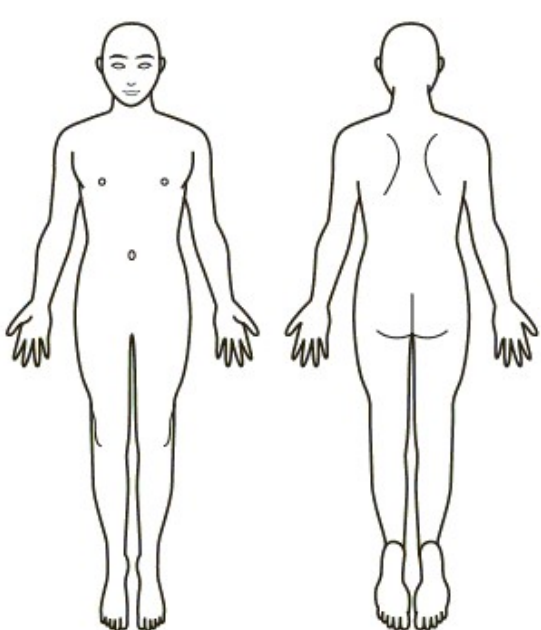


後遺障害診断書

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。											
												

上肢・下肢・手指・足指

欠	・切離断部位を で図示して下さい。 ・計測値も記入して下さい。													
	上	肢	下	肢	手	指	足	指						
損	右	左	右	左	左	右	左	右						
下 肢 の 短 縮	右 下 肢 長			cm	部位と原因									
	左 下 肢 長			cm										
長 管 骨 の 変 形	・部位： ・内容： <input type="checkbox"/> ゆ合不全 <input type="checkbox"/> 変形融合 ・状態：													
関 節 機 能 障 害	(健側・患側ともに自動・他動の測定値を記入して下さい)	関 節 名	運 動 の 種 類	他 動		自 動		関 節 名	運 動 の 種 類	他 動		自 動		
				左	右	左	右			左	右	左	右	
偽 関 節 動 揺 関 節	(該当するものに○をし、部位、程度、硬性補装具の装用等を記載してください。) <input type="checkbox"/> 偽関節 <input type="checkbox"/> 動揺関節													
そ の 他	・障害内容の憎悪、緩解の見通し等を記入して下さい。													

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