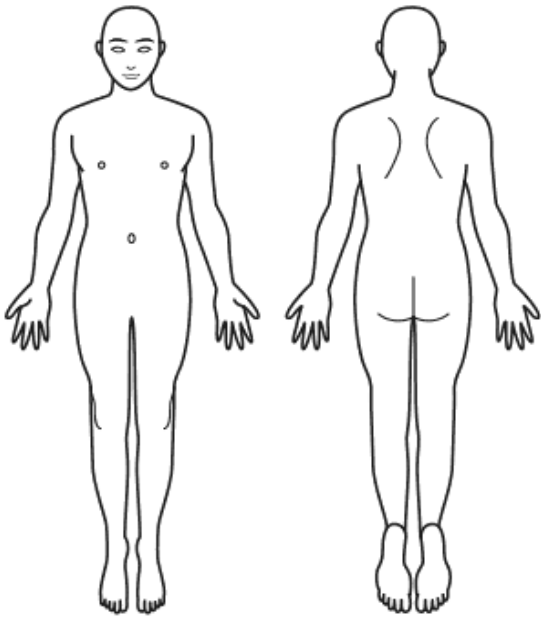


# 後遺障害診断書

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	(主訴)  (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。						
他覚的精神・神経検査結果							
							

眼(眼球、眼瞼)

視 力		裸眼	矯正	調節力	右	( )D				
					左	( )D				
視 野	イ 半盲(1/4半盲を含む)          ロ 視野狭窄          ハ 視野変状  ゴールドマン型視野計									
		上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	
	右									
	左									
(視野表を添付して下さい。)										
眼 瞼	イ 瞼の欠損 : (開けん、閉けん時の角膜、眼球結膜(しろめ)の状態が分かるように記載してください。)  ロ まつげのはげ :  ハ 開瞼、閉瞼障害 : (まぶたの下垂れ、兔眼等)									
	・複視の有無          イ 正面視にて複視を生ずる。 ロ 正面視以外にて複視を生ずる。  ・眼球の注視野の広さ          ハ 右眼の注視野の広さが2分の1以下となっている ニ 左眼の注視野の広さが2分の1以下となっている ホ 両眼の注視野の広さが2分の1以下となっている									
	イ 対光反射が著しく阻害されている。(右・左)          ハ 対光反射がある。(右・左) ロ 対光反射があるが不十分である。(右・左)									

(注)眼症状の原因となる前眼部、中間透光体、眼底等の他覚的所見は、表面欄に記入して下さい。

上記のとおり診断します。

年      月      日

診療機関名称  
所在地  
(電話)

医師氏名

(自署又は押印)