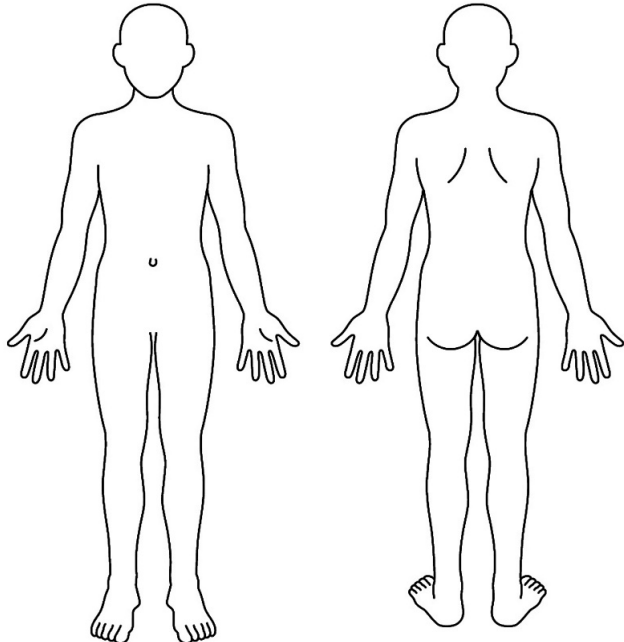


後遺障害診断書

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</u> 、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。			
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							
							

鼻

イ 鼻軟骨の欠損	(図示して下さい。)
全部 ・ 大部分 ・ 一部分	
ロ 鼻呼吸困難	
ハ 嗅覚脱失・減退 (T&Tオルファクトメータによる基準嗅力検査の 認知域値の平均嗅力損失値 :)	

醜状

1 外貌	イ 頭部 (癍痕 ・ 線状痕 ・ 組織陥没)
	ロ 顔面部 (癍痕 ・ 線状痕 ・ 組織陥没)
	ハ 頸部 (癍痕 ・ 線状痕 ・ 組織陥没)
2 上肢露出面(肩関節以下)	(癍痕 ・ 線状痕 ・ 組織陥没)
3 下肢露出面(ひざ関節以下)	(癍痕 ・ 線状痕 ・ 組織陥没)
4 その他 (口のゆがみ・耳介の1/2以上の欠損・鼻軟骨部の全部又は大部分の欠損)	
(図示、計測して下さい。)	

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)