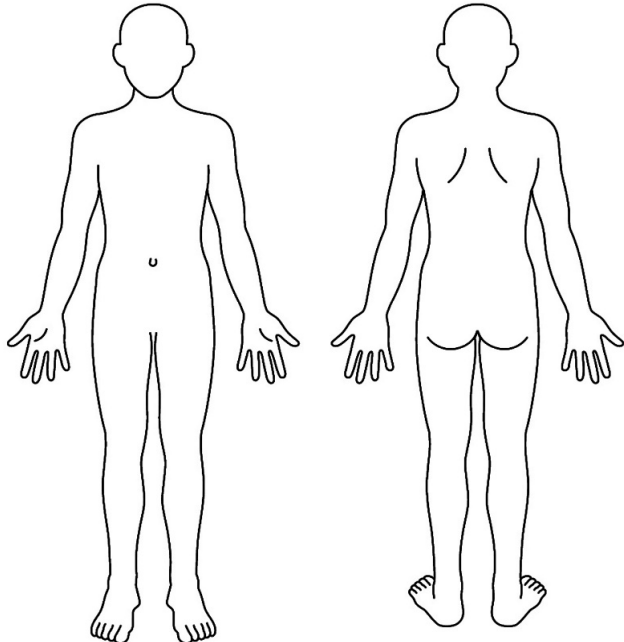


後遺障害診断書

認定番号	—		
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
入院期間	年	月	日 () 日間
通院期間	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	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 <div style="text-align: center;">  </div>		

(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。

胸腹部臓器・生殖器・泌尿器

各臓器の機能低下の程度と具体的症状を記入して下さい。
(生化学検査、血液学的検査等の成績を簡記して下さい。)

1 呼吸器の障害 動脈血酸素分圧: _____ Torr 動脈血炭酸ガス分圧: _____ Torr
スパイロメトリーの結果 %1秒量: _____ %肺活量: _____
(呼吸困難の程度、介護の程度等)

2 循環器の障害 運動耐容能: _____ METs(メッツ)
(該当するものに○してください。)
・除細動器 ・ペースメーカー ・房室弁又は大動脈弁の置換
(継続的に抗凝固薬療法を行う ・ 行わない)
・大動脈に偽腔開存型の解離

3 腹部臓器の障害

4 泌尿器の障害

5 生殖器の障害

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

(自署又は押印)