

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							

体幹(せき柱等)

せき柱の変形障害	<ul style="list-style-type: none"> ・圧迫骨折 ・後彎（減少したすべての椎体の後方椎体高の合計と減少後の前方椎体高の合計との差が、減少した椎体の後方椎体高の：1個あたりの高さ以上 ・ 1/2個あたりの高さ以上） ・側彎（コブ法により50°以上） ・環椎又は軸椎の変形・固定（回旋位： 屈曲位： 伸展位： 斜位： ） ・せき柱固定術を受けている ・3個以上のせき柱について、椎弓形成術を受けている <p>(該当するものに○を記載してください。また部位、程度等について「その他」の欄に記載してください。)</p>												
せき柱の運動障害	<p>イ 頸椎部 ロ 胸腰椎部</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>前 屈</td> <td>度</td> <td>後 屈</td> <td>度</td> </tr> <tr> <td>右 屈</td> <td>度</td> <td>左 屈</td> <td>度</td> </tr> <tr> <td>右 回旋</td> <td>度</td> <td>左 回旋</td> <td>度</td> </tr> </table> <p>・項背腰部軟部組織に明らかな器質的変化（あり ・ なし）</p>	前 屈	度	後 屈	度	右 屈	度	左 屈	度	右 回旋	度	左 回旋	度
前 屈	度	後 屈	度										
右 屈	度	左 屈	度										
右 回旋	度	左 回旋	度										
補装具用	<p>硬性補装具の装用が必要な場合は記載をお願いします。</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">頸 部</td> <td style="width: 40%;">・常時装用</td> <td style="width: 50%;">・一時的装用</td> </tr> <tr> <td>腰 部</td> <td>・常時装用</td> <td>・一時的装用</td> </tr> </table>	頸 部	・常時装用	・一時的装用	腰 部	・常時装用	・一時的装用						
頸 部	・常時装用	・一時的装用											
腰 部	・常時装用	・一時的装用											
せき柱以外の体幹骨の変形	<ul style="list-style-type: none"> ・ 部位 イ 鎖骨 ロ 胸骨 ハ 肋骨 ニ 肩甲骨 ホ 骨盤骨 ・ 程度 イ 裸体となってわかる程度 ロ レントゲン写真でわかる程度 												
その他													

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)