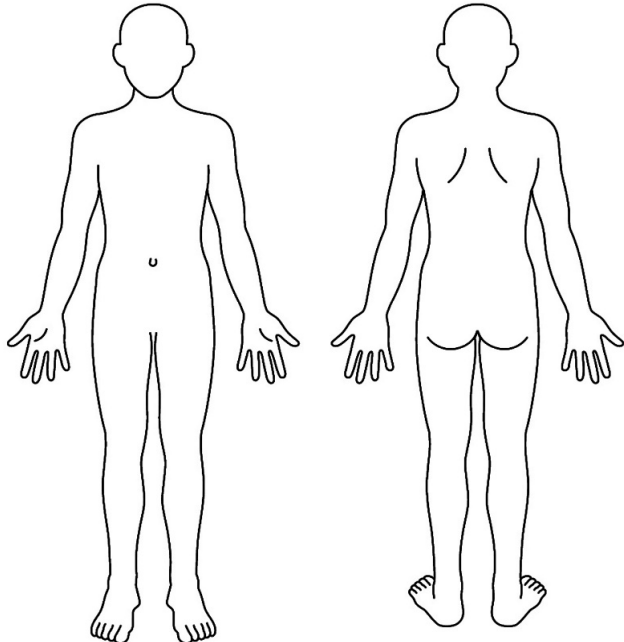


後遺障害診断書

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 ～ 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	<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。

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 <small>(健側・患側ともに自動・他動の測定値を記入して下さい)</small>	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

(自署又は押印)