|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 認定番号 | | | | | | |  | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | 男・女 | | | 生年月日 | | | | | | | | 年　　月　　日（　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | 治ゆまたは症状固定日 | | | | | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | 治　　ゆ  症状固定 | | | |
| 入院期間 | | | | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | （　　　　）日間 | | | | | | | | | 通院期間 | | | | | | | 年　　月　　日から  　　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | 実治療日数  （　　　）日 | | | |
|  | | （初診時の症状及び経過） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 既存障害 | | | （部位・程度・状況等） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自覚症状  主訴又は |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査結果  他覚症状及び |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種類 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | 視　　　力 | | |  | | | | | | | | | | | | | | （８方向） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 裸眼 | | 矯　正 | 近点・遠点・屈折力等 | | | | | | | | | 調節力 | | | | | 上 | | | 上外 | | | | | | 外 | | | | | 外下 | | 下 | | | | 下内 | | | 内 | | 内上 |
| 左 | | |  | |  |  | | | | | | | | | (　 )Ｄ | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  |
| 右 | | |  | |  |  | | | | | | | | | ( )Ｄ | | | | |  | | |  | | | | | |  | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  |
| 動障害  眼球運 | | | | １　複視の有無  　イ　正面視にて複視を生ずる  　ロ　左右上下視にて複視を生ずる | | | | | | | | | | | の広さ  　注視野  ２ | | | 左  右  両　眼 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障　害  眼瞼の | ※眼瞼・まつ毛の欠損、運動障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | オーディオメーター検査成績 | | | | | | | | | | | | | | | 語音明瞭度検査 | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | | | ＝ 　 db | | | | | | | | | | | | | | | 最良明瞭度  ％ | | | | | | | | | | | | | 大　声  話声語 | | | | 接耳　　　　　㎝にて  不能・　　・  　　　可能　　　　　可能 | | | | | | | | | | |
| 右 | | | ＝　　　　db | | | | | | | | | | | | | | | 最良明瞭度  ％ | | | | | | | | | | | | | 大　声  話声語 | | | | 接耳　　　　　㎝にて  不能・　　・  　　　可能　　　　　可能 | | | | | | | | | | |
| ※耳鳴の有無及びその程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ※耳介の欠損程度 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障　害  鼻　の | ※鼻軟骨の欠損程度 | | | | | | | | ※鼻の機能障害（鼻呼吸・嗅覚等について） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全部・大部分・一部分 | | | | | | | |
| 言語機能 | ※１　発声機能の完全喪失  　２　中枢性失語症…〔運動性・感覚性・その他（　　　）〕  　３　発音機能障害…発音不能語音  　　　　　　　　　　　（口唇音・歯舌音・口蓋音・喉頭音）  　４　その他… | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 歯牙の欠損障害  　外ぼうの醜状又は | | | | | 醜状痕の部位、長さ、大きさ、  　　醜状度等  　　歯牙欠損の歯列程度、補てつの  　　方法等 | | | | | | | | | | | | | | |
| 機能の障害  そしゃく | ※１　流動食以外は摂取できない  　２　粥食程度なら摂取できる  　３　ある程度固形食は摂取できるが、これに制限があって  　　そしゃくが充分でないもの | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種　類 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （生殖器・泌尿器）の障害  精神・神経・胸腹部臓器 | | | （障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 切断・知覚等の障害 | | | （障害の程度を図示又は説明して下さい） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| び運動障害  （奇形）及  脊柱の変形 | | | ※部位…頸椎・胸椎・腰椎  ※原因…骨折・固定術・  　　　　筋肉拘縮・  　　　　その他  　　　　　　（　　　　） | | | | | | | | 前　屈 | | | 度 | | | | 後　屈 | | | | | 度 | | | | | | | | | コルセット  装　　　用 | | | | | | 有（一時的・恒久的）・無 | | | | | | | | | |
| 左　屈 | | |  | | | | 右　屈 | | | | |  | | | | | | | | | コルセット | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 左回旋 | | |  | | | | 右回旋 | | | | |  | | | | | | | | | その他 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 短　縮  下肢の | | | 左下肢長　　　㎝ | | | | | 短縮の原因 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 体幹骨  長管骨  の変形 | | | | | ※部位  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 | | | | | | | | | | | | | |
| 右下肢長　　　㎝ | | | | |
| （手指・足指を含む）  　　上・下肢の機能障害 | | | 関　節 部　位 | | | 運　動 種　類 | 自　　　動 | | | | | | 他　　　動 | | | | | | | | | 関　節 部　位 | | | | | | | 運　動  種　類 | | | | | 自　　　動 | | | | | | | | 他　　　動 | | | | | |
| 左 | | | 右 | | | 左 | | | | 右 | | | | | 左 | | | | | 右 | | | 左 | | | 右 | | |
|  | | |  | 度 | | | 度 | | | 度 | | | | 度 | | | | |  | | | | | | |  | | | | | 度 | | | | | 度 | | | 度 | | | 度 | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
|  | | |  |  | | |  | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | |  | | | | |  | | | | |  | | |  | | |  | | |
| 備　考 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　見  予後の | | | （機能回復の見込み、その他参考所見） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断いたします。    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称  　　　　　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　記入上のご注意　　１　該当事項に○印をつけ必要事項をご記入ください。

　　　　　　　　　　２　※印欄は自・他覚症状欄又は人体図等空欄を利用し図示又は説明してください。

　　　　　　　　　　３　聴力障害・視野障害についてはオージオグラム・視野表を添付してください。