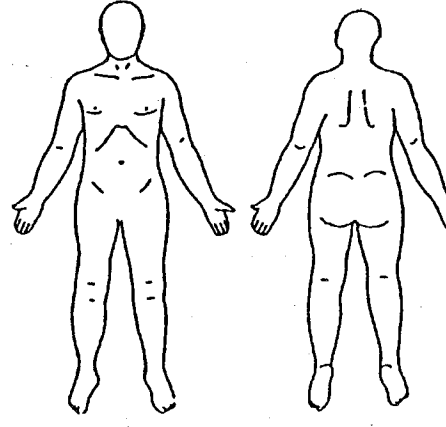


# 自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

|   |  |  |                                      |
|---|--|--|--------------------------------------|
| 氏名  | 男・女  | ◆記入にあたってのお願い   |                                      |
| 生年月日  | 明治昭和<br>大正平成   | 年  | 月 日 ( 歳 )                            |
| 住所  | 職業   | 1. この用紙は、自動車損害賠償責任保険における後遺障害認定のためのものです。交通事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。<br>2. 歯牙障害については、歯科後遺障害診断書を使用してください。<br>3. 後遺障害の等級は記入しないでください。 |                                      |
| 受傷日時  | 年 月 日  | 症状固定日  | 年 月 日                                |
| 当院入院期間  | 自至 年 月 日 ( ) 日間  | 当院通院期間   | 自至 年 月 日 ( ) 日間                      |
| 傷病名   | 既存障害   | 今回事故以前の精神・身体障害：有・無<br>(部位・症状・程度)   |                                      |
| 自覚症状  |  |  |                                      |
| 各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害について、該当項目や有・無に○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入してください) |  |  |                                      |
| ① 他覚症状および神経の障害  | 知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください<br>X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください<br>眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください |  |                                      |
|   |    |  |                                      |
| ② 胸部・腹部・泌尿器・生殖器の障害  | 各臓器の機能低下の程度と具体的な症状を記入してください<br>生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付してください   |  |                                      |
|   |  |  |                                      |
| ③ 眼球・眼瞼の障害  | 視力   |  | 調節機能                                 |
|   | 裸眼   | 矯正   | 調節力                                  |
|   | 右  |  | 近点距離・遠点距離 ( ) D                      |
|   | 左  |  | cm cm ( ) D                          |
| 眼球運動  | 注視野障害 (全方向1/2以上の障害)  | 右 左  | 複視                                   |
| 眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの他覚的所見を①の欄に記入してください                  |  |  | 眼瞼の障害                                |
|   |  |  | イ. まぶたの欠損<br>ロ. まつげはげ<br>ハ. 開瞼・閉瞼障害  |
|   |  |  | イ. 正面視<br>ロ. 左右上下視<br>(視野表を添付してください) |
|   |  |  | (図示してください)                           |

|                              |  |   |  |   |  |
|------------------------------|--|---|--|---|--|
| ④ 聴力と耳介の障害                   | オーディオグラムを添付してください                                  |   | 耳介の欠損  | ⑤ 鼻の障害  | ⑦ 醜状障害 (採皮痕を含む)  |
|                              | イ. 感音性難聴 (右・左)<br>ロ. 伝音性難聴 (右・左)<br>ハ. 混合性難聴 (右・左) | 聴力表示<br>イ. 聴力レベル<br>ロ. 聴力損失                 | イ. 耳介の1/2以上<br>ロ. 耳介の1/2未満<br>(右の欄に図示してください) | イ. 鼻軟骨部の欠損 (右の欄に図示してください)<br>ロ. 鼻呼吸困難<br>ハ. 嗅覚脱失<br>ニ. 嗅覚減退 | 1. 外はう<br>イ. 頭部<br>ロ. 顔面部<br>ハ. 頸部<br>ニ. その他                           |
|                              | 検査日  | 6分平均  | 最高明瞭度  | ⑥ そしゃく・言語の障害  |  |
|                              | 第1回  | 年 月 日 右 dB 左 dB                             | %  | 原因と程度 (摂食可能な食物、発音不能な語音などを左面①欄に記入してください)                     | (大きさ・形態等を図示してください)   |
| 第2回                          | 年 月 日 右 dB 左 dB                                    | %   |  |   |  |
| 第3回                          | 年 月 日 右 dB 左 dB                                    | %   |  |   |  |
| ⑧ 脊柱の障害                      | 圧迫骨折・脱臼(椎弓切除・固定術を含む)の部位                            |   | イ. 頸椎部<br>ロ. 胸腰椎部                            | 荷重機能障害  | ⑨ 体幹骨の変形   |
|                              | 運動障害   |   | 前屈 度 後屈 度                                    | 常時コルセット装用の必要性   | イ. 鎖骨 ニ. 肩甲骨<br>ロ. 胸骨 ホ. 骨盤骨<br>ハ. 肋骨<br>(裸体になってわかる程度)<br>X-Pを添付してください |
|                              | X-Pを添付してください                                       |   | 右屈 度 左屈 度                                    | 有・無   |  |
|                              |  |   | 右回旋 度 左回旋 度                                  |   |  |
| ⑩ 上肢・下肢および手指・足指の障害           | 短縮   | 右下肢長 cm<br>左下肢長 cm                          | (部位と原因)                                      | イ. 仮関節 (部位)<br>ロ. 変形癒合                                      |  |
|                              | X-Pを添付してください                                       |   |  |   |  |
|                              | 欠損   | 上肢 (右) (左) 下肢 (右) (左) 手指 (右) (左) 足指 (右) (左) |  |   |  |
|                              | 関節機能 (日整委方式により自動他動および)                             |   | 他動 自動  | 関節名 運動の種類   | 他動 自動  |
|                              |  | 右 左 右 左                                     |  | 右 左 右 左   |  |
|                              |  | 度 度 度 度                                     |  | 度 度 度 度   |  |
| 障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください |  |   |  |   |  |
| 上記のとおり診断いたします。               |  |   | 所在地  |   |  |
|                              |  |   | 名称   |   |  |
| 診断日 平成 年 月 日                 |  |   | 診療科  |   |  |
| 診断書発行日 平成 年 月 日              |  |   | 医師氏名   | 印   |  |