

障 害 診 断 書

1. 氏 名	男・女		2. 生 年 月 日	明治 大正 昭和 平成 令和	年 月 日
3. 障害の種類	1. 両眼の視力を全く永久に失ったもの 2. 言語の機能を全く永久に失ったもの 3. そしゃくの機能を全く永久に失ったもの 4. 両上肢を手関節以上で失ったもの 5. 両下肢を足関節以上で失ったもの 6. 1上肢を手関節以上で失いかつ、1下肢を足関節以上で失ったもの 7. 両上肢の用を全く永久に失ったもの 8. 両下肢の用を全く永久に失ったもの 9. 10手指を失ったかまたはその用を全く永久に失ったもの 10. 両耳の聴力を全く永久に失ったもの		8. 受 傷 日 (発病)	年 月 日 (医師推定)・(患者申告)	
			9. 初 診 日	年 月 日	
			10. 入 院 日	年 月 日	
			11. 退 院 日 現在入院中	年 月 日 年 月 日	
4. 傷 病 名			12. 終 診 日 現在治療中 (当院・他院)	年 月 日 年 月 日	
5. 4 の 原因	(医師推定) (患者申告)				
6. 障害の部位					
7. 今回の受傷 以前にあった 身体障害	有 無	→部位と障害内容	13. 前 医	有 無	→住所・氏名
14. 今回の受傷（発病）から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障害状態の詳細					
治療内容					
手 術 名					
手術日 年 月 日					
15. 視力障害	裸眼視力・矯正視力 矯正不能・不適の場合は				
	右 眼	()	その理由 ()		
	左 眼	()	検査(計測)日 年 月 日		
16. 聴力障害	該当する項目に○印をつけてください a. 聴力レベル b. 聴力損失		周波数 500Hz 1000Hz 2000Hz 右 () dB () dB () dB 左 () dB () dB () dB	17. 機能障害 機 能 し や 害 く	(下記A～Cのうち該当する項目に○印をしてください) A. 通常の飲食物が食べられる B. かゆ食またはこれに準ずる程度の飲食物であれば食べられる C. 流動食しか摂取できない 検査(計測)日 年 月 日
18. 言語機能の障害	(該当する項目に○印をしてください)				
	(程度) A. 言語機能のそう失（音声語による意思の疎通が全くできない） B. 言語機能の著しい障害（身振り、書きその他の補助動作がなくしては音声言語による意思の疎通が困難である） C. 言語機能の障害（簡単な単語の発語により意思の疎通がかなり可能） D. その他		(原因) a. こう頭てき出（1. 全部 2. 一部） b. 中枢性失語症 c. 構音障害（1. 口唇音 2. 舌舌音 3. 口蓋音 4. こう頭音） ※全不能場合には○印をお願いします d. その他 () 検査(計測)日 年 月 日		

お願い
4 3 2 1
訂正の場合、訂正印を必ず押印願います。
関節の運動範囲については、障害のある場合に記載して下さい。
訂正印を必ず押印願います。

19. 運動麻痺・欠損・短縮	（四肢、手指、足指の切断の場合は、切断箇所にはっきりと線を入れてください。） （四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。） （下肢短縮の場合は、その程度〔cm〕を記入してください。）							
	(左手骨)	(左足骨)	(右手骨)	(右足骨)	検査(計測)日 年 月 日			
20. 右(手指)・足指	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指	※ (+)については、記入の必要はありません。 母指においては、指節間関節とします。		
遠位指節間関節	伸展度 ()	伸展度 ()	伸展度 ()	伸展度 ()	伸展度 ()			
近位指節間関節	屈曲度 ()	屈曲度 ()	屈曲度 ()	屈曲度 ()	屈曲度 ()			
中足指節間関節	()	()	()	()	()			
左(手指)・足指	第1指	第2指	第3指	第4指	第5指			
遠位指節間関節	伸展度 ()	伸展度 ()	伸展度 ()	伸展度 ()	伸展度 ()			
近位指節間関節	屈曲度 ()	屈曲度 ()	屈曲度 ()	屈曲度 ()	屈曲度 ()			
中足指節間関節	()	()	()	()	()			
21. 運動の種類・範囲								
部 位	MMT(※)	伸展度 ～ 屈曲度	内転度 ～ 外転度	内旋度 ～ 外旋度				
肩 関節	右	～	～	～				
	左	～	～	～				
肘 関節	右	～	～	～				
	左	～	～	～				
手 関節	右	～	～	～				
	左	～	～	～				
股 関節	右	～	～	～				
	左	～	～	～				
膝 関節	右	～	～	～				
	左	～	～	～				
足 関節	右	～	～	～				
	左	～	～	～				
※MMT（徒手筋力テスト）欄には、結果を0～5の数値にてご記入ください。								
22. 回復の可能性と症状の固定についての意見								
上記の障害状態を診断された日 年 月 日 症状の固定時期 年 月 日頃								
上記のとおり診断します。								
病院又は診療所等の 所 在 地 称 名 称 医師氏名 ㊞								
令和元年5月改訂								