障　　害　　診　　断　　書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 性別 | 男・女 |
| 被災日 | 年　　月　　日 | 治ゆ又は症状固定日 | 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 |
| 傷病名 | （初診時の症状および経過） | 既存障害 | （部位・程度・状況等） |
|  |
| 神　　経　　の　　障　　害 |
| 症状の程度及び部位 |  |
|  |
| 精　　神　　の　　障　　害 |
| 程度及び頻度等 | [情意の障害・幻覚・妄想・発作性意識障害・人格変化・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）] |
|  |
| 知　能　検　査 | 検　査　名 |  | 記憶障害　[有・無／程度（　　　　　　　　　　　　）]情動障害　[有・無／程度（　　　　　　　　　　　　）]失見当識　[有・無／程度（　　　　　　　　　　　　）]知能低下　[有・無／程度（　　　　　　　　　　　　）]判断力障害　[有・無／程度（　　　　　　　　　　　　）]計算力障害　[有・無／程度（　　　　　　　　　　　　）]そ　の　他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 結果及び評価 |
| 言語機能の障害 | 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…（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | て　ん　か　ん | 原因…[外傷・その他（　　　　　　　　　　　　）] |
| 程度及び頻度 | 服薬 |
| 有無 |
|  |
| そ　　の　　他　　の　　事　　項 |
| 範囲日常生活の | １　病床に限定２　食事、用便等、短時間の離床は可能３　通院、自宅周辺等の歩行は可能４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 労働能力 | １　現職復帰は可能２　軽易な雑役務等は可能３　全く不可能４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 見込み今後の |  |
| 上記のとおり診断します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | 所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療担当医師氏　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

（注）　該当事項に○印をつけ必要事項ご記入ください。