

細部については、補償担当者
とご調整ください。

後 遺 障 害 診 断 書

【脊髄障害に係る後遺障害、脳の非器質性精神障害に係る後遺障害を除く。】

被災職員の氏名		生年月日		年 月 日 (歳)		男・女							
災害発生年月日		年 月 日		初診年月日		年 月 日							
障害の原因と なった傷病名		○この欄は、残存した障害の原因となった傷病名（但し、公務又は通勤災害と認定された傷病名に限る。）を記載してください。											
		治癒（症状固定）については「（パンフレット）災害補償の流れ」3頁目をご参照ください。											
上記傷病が治癒（症状が固定した状態を含む。以下同じ。）となった日				年 月 日									
入院期間	年 月 日から 日まで	() 日間	通院期間	年 月 日から 日まで	実治療日数 () 日								
初診時の主訴及び症状： ○この欄は、被災者が初診時において訴えていた主訴・病状等の内容及び初診時検査等の結果認められた被災者の症状等を具体的に記載してください。													
現在までの治療の内容・期間・経過・その他参考となる事項： ○この欄は、初診日以降、被災者に対して施された治療の内容（手術・検査・処置・投薬・医療指導等）、その期間、経過（病状回復等の推移、検査結果、手術・処置の効果等）及びその他参考となる事項について、時間的経過に沿って具体的に記載してください。													
既存障害の有無	有・無	有の場合は部位・程度等： ○この欄は、被災者が災害発生以前から有していた（又は有していたと思われる）既存の障害が認められる場合に、その既存障害の有無を記載（該当を○で囲む）し、有の場合は、その既存障害の部位・程度等を記載してください。また、その既存障害の原因についても、可能な限り記載するようにしてください。（既存障害については、公務又は通勤災害と認定されているか否かを問いません。）											
後 遺 障 害 の 内 容													
主自訴 又症状 は状	○この欄は、「治った（治癒）」時点以降、被災者が訴えている残存障害に係る主訴等の内容及び被災者自身の自覚症状を具体的に記載してください。 （治癒（症状固定）については「（パンフレット）災害補償の流れ」3頁目をご参照ください。）												
他び 覚検 症査 状結 及果	○この欄は、「治った（治癒）」時点において残存する障害の他覚症状等の所見及び各種検査の結果の概要について記載してください。 （治癒（症状固定）については「（パンフレット）災害補償の流れ」3頁目をご参照ください。） ○具体的な検査等の結果については、次頁以降の各部位別の記載項目（但し、被災者の後遺障害の程度及び状態に無関係な項目を除く。）欄に、診療記録等に基づいて具体的に記載してください。												
種類	後 遺 障 害 の 程 度 及 び 内 容												
眼		視 力	調 節 機 能		視 野 狭 窄（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									
の 障 害	眼 球 の 運 動 障 害	注視野（頭部を固定し、眼球を運動させて直視できる範囲）の広さ 複視（①本人が複視のあることを自覚し、②眼筋の麻痺等複視を残す明らかな原因が認められ、③ヘススクリーンテストにより患側の像が水平方向又は垂直方向の目盛りで5度以上離れた位置にあることが確認されるもので、これらのいずれにも該当するもの） 1 正面視で複視を残すもの（ヘススクリーンテストにより正面視で複視が中心の位置にあることが確認されたもの） 2 正面視以外で複視を残すもの（1以外のもの） 該当するものを○で囲んでください。											
	ま ぶ た の 障 害	まぶた・まつ毛の欠損、運動障害 ○まぶたの欠損・運動障害は、閉瞼時のまぶたの状態又はその程度、まつげの欠損障害はまつげ縁のまつげはげの状態又はその程度を記載してください。				外傷性散瞳、眼外傷による変視症（他覚的に証明される場合）の有無 有 ・ 無 外傷性散瞳、眼外傷による変視症に分けて、その有無について記載してください。							

注：視野の測定は、ゴールドマン型視野計により行ってください。

聴力検査は日を変えて3回行ってください。2回目と3回目の平均純音聴力レベルに10db以上の差がある場合には、更に行ってください。					両耳測定で40db以上、一耳測定で50db以上の場合 は、明瞭度検査の測定結果を記載してください。					
耳 (内耳等及び耳殻)	検査成績				検査成績					
	第1回	年 月 日	右	$\frac{a(\quad)+2b(\quad)+2c(\quad)+d(\quad)}{6} = [\quad] \text{ db}$	最高明瞭度 %	大 声 話 語	不能	・ 接耳可能	・ [] cmにて可能	
			左	$\frac{a(\quad)+2b(\quad)+2c(\quad)+d(\quad)}{6} = [\quad] \text{ db}$	最高明瞭度 %	大 声 話 語	不能	・ 接耳可能	・ [] cmにて可能	
	第2回	年 月 日	平均純音聴力レベルは、周波数が500、1000、2000及び4000ヘルツの音に対する聴力レベルを測定し、6分法により算定します。			語音による聴力検査の回数は、検査結果が適正と判断できる場合には1回で構いません。				
						%	話 声 語		可能	可能
	第3回	年 月 日	右	$\frac{a(\quad)+2b(\quad)+2c(\quad)+d(\quad)}{6} = [\quad] \text{ db}$	最高明瞭度 %	大 声 話 語	不能	・ 接耳可能	・ [] cmにて可能	
左			$\frac{a(\quad)+2b(\quad)+2c(\quad)+d(\quad)}{6} = [\quad] \text{ db}$	最高明瞭度 %	大 声 話 語	不能	・ 接耳可能	・ [] cmにて可能		
耳殻（耳介）の欠損の程度○耳殻（耳介）軟骨部における欠損の有無及びその程度・原因について、具体的に記載してください。										
障害	耳漏（鼓膜の外傷性穿孔による）の有無 有 ・ 無				鼓膜の外傷性穿孔による耳漏がある場合は、その程度・頻度についても記載してください。					
	難聴に伴う耳鳴の有無及びその程度○難聴に伴う耳鳴の有無及びその程度・頻度、原因等について記載してください。				耳鳴検査結果○耳鳴の検査結果について具体的に記載してください。（「注3」参照）					
鼻の障害	該当するものを○で囲んでください。 全部・大部分・一部分・欠損なし				鼻の機能障害（鼻呼吸困難、嗅覚脱失、嗅覚減退について） ○鼻の機能障害について、検査結果等に基づいて具体的に記載してください。また、その原因についても記載してください。					
口の障害（言語機能、そして咀嚼機能、歯牙）	顎関節	上下第1切歯列対向縁線間の距離： cm								
		左右偏位（上顎の正中線を軸として下歯列の動きの距離）： 右 cm 左 cm								
	言語機能障害	1 発声機能の完全喪失								
		2 発音機能障害…発音不能語音（口唇音 ・ 歯舌音 ・ 口蓋音 ・ 喉頭音）								
		3 綴音機能障害								
	そして咀嚼機能障害	4 その他…								
1 流動食以外は摂取できない										
2 粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外は摂取できない										
歯牙障害	3 固形食物の中にそしゃくができないもの又はそしゃくが十分にできないものがあり、そのことが医学的に確認できる 注 「医学的に確認できる」：そしゃくができないもの又はそしゃくが十分にできないものがあることの原因が、不正咬合、そしてよく関与筋の異常、下顎関節の障害、開口障害、歯牙損傷（補てつができない場合）等にあると医学的に確認できること。									
	歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等：○歯牙欠損の歯列程度、補てつの方法等を記載してください。 ○歯牙の喪失又は欠損に対する歯科補てつを加えた歯牙の本数により評価します。有床義歯又は架橋義歯等を補てつした場合は、その内容（程度・本数等）を具体的に記載してください。また、支台冠又は鉤の装着歯、ポスト・インレー等を行った場合も、その内容（程度・本数等）を具体的に記載してください。									
	舌の異常、嚥下障害（咽頭支配神経の麻痺等により生ずるもの）、味覚障害（味覚脱失・味覚減退）、声帯麻痺による著しいかすれ声の有無及びその内容等 ○舌の異常、嚥下障害、味覚障害、声帯に係る障害の有無及びその内容等について具体的に記載してください。									

注1 聴力検査は、日本聴覚医学会制定の「聴覚検査法（1990）」により行ってください。

2 語音による聴力検査については、日本聴覚医学会制定の「聴覚検査法（1990）」における語音聴力検査法が制定されるまでの間は、日本オーシオロロジー学会制定の「標準聴力検査法のⅡの語音による聴力検査」により行っていただき、検査用語音は、五七式、六七式、五七s式又は六七s式のいずれかを用いてください。

3 「耳鳴検査」は、ピッチ・マッチ検査及びラウドネス・バランス検査をいいます。

種類	後 遺 障 害 の 程 度 及 び 内 容	
神経系統の障害（脳の器質性・非器質性障害、脊髄障害を除く）	外傷性てんかん	原因、発作の型、発作回数、投薬の有無、内容等： ○外傷性てんかんについて、その原因、発作の型、発作回数、投薬の有無、内容等について具体的に記載してください。 脳の器質性又はせき髄障害に係る後遺障害及び脳の非器質性精神障害に係る後遺障害を除く神経系統の障害について、その原因、範囲、内容及び程度等に係る所見を具体的に記載してください。 （下線部については、別途様式がございます。）
	頭痛・失調、めまい及び平衡機能障害	障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度： ○頭痛・失調、めまい及び平衡機能障害について、障害の内容（その原因を含む。）、就労能力等に及ぼす支障の程度等について具体的に記載してください。 ○頭痛については、頭痛の型のいかんにかかわらず、疼痛による労働又は日常生活上の支障の程度を疼痛の部位、性状、強度、頻度、持続時間及び日内変動並びに疼痛の原因となる他覚的所見により障害等級を決定します。 ○失調、めまい及び平衡機能障害については、その原因となる障害の部位によって分けることが困難であるため、諸症状を総合して障害等級を決定します。
	※末梢神経・疼痛等感覚障害	障害の程度を図示又は説明してください： ○末梢神経の障害及び疼痛等感覚障害について、障害の内容（その原因を含む。）、就労能力等に及ぼす支障の程度等について具体的に記載してください。 ○疼痛については、他覚的所見（医学的検査の結果、問診等）及び疼痛の原因を具体的に記載してください。 ○疼痛以外の異常感覚（蟻走感、感覚脱失等）については、その原因・範囲について具体的に記載してください。 ○特殊な性状の疼痛については、次のことに留意してください。 ア カウザルギー 疼痛の部位、性状、強度、頻度、持続時間及び日内変動並びに疼痛の原因となる他覚的所見等 イ 反射性交感神経性ジストロフィー（RSD） 関節拘縮、骨の萎縮及び皮膚の変化（皮膚温の変化、皮膚の萎縮）などの症状等
※外貌等の醜状障害	外貌（頭部、顔面、頸部）、露出面（上肢、下肢）、露出面以外の面について、障害の程度（醜状痕、長さ、大きさ、醜状度等）を、図示又は説明してください： ○外貌等に瘢痕・線状痕等の醜状障害を残した場合に、その部位又は面ごとにその原因及び障害の程度（醜状痕、長さ、大きさ、醜状度等）を計数的に図示又は記載してください。（例えば、線状痕であれば●cm など。） ○「外貌」とは、頭部、顔面部及び頸部における日常露出する部分をいいます。 ○上肢の「露出面」とは肩関節以下（手部を含む。）、下肢の「露出面」とはひざ関節以下（足背部を含む。）の部分をいいます。 ○外貌に係る瘢痕、線状痕及び組織陥没のうち、眉毛、頭髮等にかくれる部分については、醜状として取り扱いません。 ○まぶた、耳介及び鼻の欠損障害については、外貌の醜状障害と比較して等級決定しますので、欠損の程度については計数的、具体的に記載してください。	
胸腹部臓器の障害	障害の内容、就労能力等に及ぼす支障の程度： ○胸腹部臓器に係る障害について、その原因、内容・程度、就労能力・日常生活等に及ぼす支障の程度等について具体的に記載してください。	

注：胸腹部臓器は、呼吸器、循環器、腹部臓器、泌尿器、生殖器を指します。

該当するものを○で囲んでください。		害の		せき椎固定術（移植した骨がいずれかのせき椎に吸収されたものを除く。）又は椎弓切除術等の椎弓形成術についても判断要素となりますので、具体的に記載してください。				
体幹（脊柱及びその他の体幹骨）の障害	脊柱の変形及び運動障害	変形部位		胸腰椎（胸椎・腰椎） 変形の原因…骨折（圧迫骨折を含む）・脱臼 ※上記の脊椎圧迫骨折等を確認することができる				
		椎体高	脊椎圧迫骨折等のある椎体の個数： 個			側 彎（コブ法）		
		前方椎体高	cm	後方椎体高	cm	度		
		関節部位	運動方向	自 動	他 動	関節部位	運動方向	自 動
	○頸部又は胸腰部の運動機能について、それぞれの運動方向ごとに測定した結果を記載してください。（測定要領の細部については、補償担当者にご確認ください。） ○せき柱の運動障害については、頸部又は胸腰部の可動域制限の状況、せき椎圧迫骨折等の確認状況、せき椎固定術等の有無、及び項背腰部軟部組織の器質的変化の有無等により決定するとされていますので、これらの状況等について、具体的に記載してください。また、頭蓋と上位頸椎間に著しい可動域制限が認められる場合は、その状況等について記載してください。							
その他の体幹骨の変形	部 位： 鎖骨 ・ 胸骨 ・ ろっ骨 ・ 肩甲骨 ・ 骨盤骨							
	1 裸体となってわかる程度 2 レントゲン写真でわかる程度 該当するものを○で囲んでください。							
荷重機能の障害	荷重機能の障害の原因が明らかに認められる場合に限りします。 注 「原因が明らかに認められる場合」：脊椎圧迫骨折・脱臼、脊柱を支える筋肉の麻痺又は項背腰部軟部組織の明らかな器質的変化を残し、それらがエックス線写真等により認められるもの 硬性補装具の使用状況： ○荷重機能の障害の原因が明らかに認められる場合（上記の注を参照）に、頸部及び腰部の保持性の状況、硬性補装具の使用状況について、具体的に記載してください。							
上肢・下肢の障害（欠損・変形・短縮・動揺関節等）	※ 上肢・下肢の欠損等	欠損の部位等を、図示又は説明してください。 人工骨頭・人工関節の挿入置換の有無・箇所等を、図示又は説明してください。 ○上肢又は下肢の欠損等（切断・離断・挿入置換）が認められる場合に、当該欠損等の部位等を図示又は記載するとともに、人工骨頭・人工関節の挿入置換の有無及び挿入置換がある場合にはその箇所等を、具体的に図示又は記載してください。 下肢に短縮が認められる場合に、当該短縮に係る左右の下肢長を記載してください。なお、「下肢の短縮」については、上前腸骨棘と下腿内果下端間の長さを測定し、健側の下肢と比較し、短縮した長さを算出します。 上肢又は下肢に変形等（偽関節・癒合不全）が認められる場合に、その部位を記載するとともに、偽関節・癒合不全の有無について該当箇所を○で囲んでください。						
		左下肢長 cm 右下肢長 cm		上肢・下肢の欠損等				
	下肢の短縮	短縮の原因： ○下肢に短縮が認められる場合に、当該短縮の原因を記載してください。		部位： 偽関節： 有 ・ 無 癒合不全： 有 ・ 無 部位： 長管骨の変形： 有 ・ 無 変形を外部から想見できる程度： 可 ・ 否				
		動揺関節： 有 ・ 無 部 位： 硬性補装具の使用状況： ○上肢又は下肢の動揺関節の有無について該当箇所を○で囲み、その部位を記載するとともに、硬性補装具の使用状況について具体的に記載してください。		上肢又は下肢に変形等（偽関節・癒合不全）が認められる場合に、その部位を記載し、長管骨の変形の有無及び変形を外部から想見できる程度（15度以上屈曲して不正癒合したもの）の可否について該当箇所を○で囲んでください。 習慣性脱臼（及び弾発膝）： 有 ・ 無 部 位： ○上肢又は下肢の習慣性脱臼（及び弾発膝）の有無について該当箇所を○で囲み、その部位を記載してください。				
	動揺関節等（上肢・下肢）							

種類	後遺障害の程度及び内容												
上肢・下肢（手指・足指を含む）の機能障害	関節部位 (上肢)	運動 方向	自 動		他 動		関節部位 (下肢)	運動 方向	自 動		他 動		
			左	右	左	右			左	右	左	右	
			○上肢・下肢（手指・足指を含む）の運動機能について、それぞれの運動方向ごとに測定した結果を記載してください。（測定要領の細部については、補償担当者にご確認ください。）										
注…自動・他動とも必ず健側も記入してください	肘	屈曲 伸展	度	度	度	度	膝	屈曲 伸展	度	度	度	度	
	前腕	回内 回外	度	度	度	度	足	屈曲 伸展	度	度	度	度	
	手	屈曲	度	度	度	度							
		伸展											
		橈屈 尺屈											
	関節部位 (手指)	運動 方向	自 動		他 動		関節部位 (足指)	運動 方向	自 動		他 動		
	母指	橈側外転	度	度	度	度	第 1 (母指)	屈曲 (MTP)	度	度	度	度	
		掌側外転						伸展 (MTP)					
		屈曲 (MCP)						屈曲 (IP)					
		伸展 (MCP)						伸展 (IP)					
		屈曲 (IP)											
		伸展 (IP)											
	示指	屈曲 (MCP)	度	度	度	度	第 2	屈曲 (MTP)	度	度	度	度	
		伸展 (MCP)						伸展 (MTP)					
		屈曲 (PIP)						屈曲 (PIP)					
		伸展 (PIP)						伸展 (PIP)					
		屈曲 (DIP)						屈曲 (DIP)					
		伸展 (DIP)						伸展 (DIP)					
	中指	屈曲 (MCP)	度	度	度	度	第 3	屈曲 (MTP)	度	度	度	度	
		伸展 (MCP)						伸展 (MTP)					
		屈曲 (PIP)						屈曲 (PIP)					
		伸展 (PIP)						伸展 (PIP)					
		屈曲 (DIP)						屈曲 (DIP)					
		伸展 (DIP)						伸展 (DIP)					
環指	屈曲 (MCP)	度	度	度	度	第 4	屈曲 (MTP)	度	度	度	度		
	伸展 (MCP)						伸展 (MTP)						
	屈曲 (PIP)						屈曲 (PIP)						
	伸展 (PIP)						伸展 (PIP)						
	屈曲 (DIP)						屈曲 (DIP)						
	伸展 (DIP)						伸展 (DIP)						
小指	屈曲 (MCP)	度	度	度	度	第 5	屈曲 (MTP)	度	度	度	度		
	伸展 (MCP)						伸展 (MTP)						
	屈曲 (PIP)						屈曲 (PIP)						
	伸展 (PIP)						伸展 (PIP)						
	屈曲 (DIP)						屈曲 (DIP)						
	伸展 (DIP)						伸展 (DIP)						

注：関節の機能障害（頸部・胸腰部・上肢・下肢・手指・足指）における関節可動域の測定については、日本整形外科学会及び日本リハビリテーション医学会により決定された「関節可動域表示ならびに測定法」に準拠して定めた労災保険における「関節の機能障害の評価方法及び関節可動域の測定要領」により行ってください。

