

# 生協所定 障害診断書

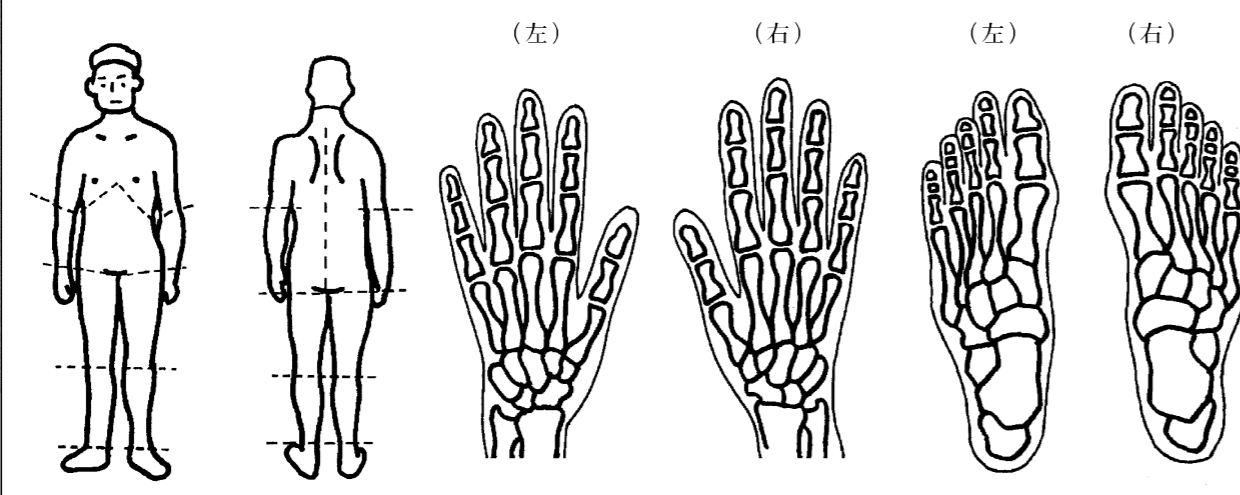
日本コープ共済生活協同組合連合会

医療機関各位 診断書のご記入に際し、ご不明な点などありましたら、日本コープ共済生活協同組合連合会 共済金係 TEL 0120-497-003 までご連絡ください。  
黒か青の消せないボールペンをご使用ください。

氏名	男 女	西暦 昭和 平成 令和	自賠・健保・国保・労災・介護・ 自費・その他 ( )
カルテ番号		年 月 日生 才	職業
住所			
イ. 障害内容	受傷場所		
ロ. 原因となった 疾病・外傷名	既存障害又は既往症		
ハ. 上記ロとなった原因	前 有 無	医療機関名： 電話番号： ( ) 医師名： 初診日： 年 月 日	
ニ. 合併症	今回の入院(手術)を指示された日 年 月 日		
患者陳述 受傷・発病日	年 月 日	入院期間	
医師推定 受傷・発病日	年 月 日	年 月 日 から 年 月 日 まで	
初診日	年 月 日	年 月 日 から 年 月 日 まで	
受傷(発病)から初診までの経過			
年 月 日 から 年 月 日 まで			
通院期間			
年 月 日 から 年 月 日 まで			
実治療日数 ( )日			
先進医療技術名			
治療の実施日 年 月 日から 年 月 日まで			
特定承認医療機関となった承認日 年 月 日			
実施回数 回 技術料 円			
初診時の所見、現在までの治療内容、その他特徴的なこと			
手術名(診療報酬点数表記載) 放射線 方法・部位 M(L) - 合計 グレイ 手術コード K(J) - 施行期間 年 月 日から 年 月 日まで 手術日 年 月 日			
種類	障害の状態(現症 年 月 日)		
眼球の障害	視力(矯正可・不可)		調整機能
	裸眼	矯正	近点・遠点・屈折力等
	右		調節力
	左		上 上外 外 外下 下 下内 内 内上
まぶたの害	1. 複視の有無		2. 注視野の広さ
	イ. 正面視で複視を生ずる ロ. 正面視以外で複視を生ずる		右 左 両眼 度 度 度
聴力障害と耳介の欠損	オージオメータ検査成績		耳介の欠損程度
	検査日	6分平均	最高明瞭度
第1回	年月日	右	dB %
	年月日	左	dB %
	年月日	右	dB %
第2回	年月日	左	dB %
	年月日	右	dB %
第3回	年月日	左	dB %
	年月日	右	dB %
【注】検査と検査の間隔は7日以上あけてください。			

裏面にもご記入お願い致します。

歯牙障害	事故前	今回の事故前に、喪失または歯冠部の大部分(歯冠部体積の4分の3以上)を欠損していた歯(補綴済の歯、C4状態であった歯も歯冠の大部分を欠損していた歯に該当します)													
	事故後	今回の事故により、喪失または歯冠部の大部分(歯冠部体積の4分の3以上)を欠損した歯													
言語機能の障害	補綴前	この事故による歯の治療の必要上、抜歯または歯冠部の大部分(歯冠部体積の4分の3以上)を切除し、歯科補綴した歯													
	補綴後	この事故による歯の治療の必要上、抜歯または歯冠部の大部分(歯冠部体積の4分の3以上)を切除し、歯科補綴した歯													
神経系統の機能または精神・胸腹部臓器の障害	神経因性膀胱障害又は神経因性直腸障害	有・無 (症状)													
	感覚障害	範囲	四肢・片(右・左)・対(上肢・下肢)・単(上肢・下肢)・局部											日常生活上の所見	
労働能力喪失の程度	神経・胸腹部臓器	性状	脱失・鈍麻・その他( )											次の項目について○・×をつけてください。 ○：一人で出来る ×：一人で出来ない 条件や特徴的な所見がありましたら、裏面へご記入ください。 【注】補助具等の使用の状態をもって記入してください。	
	種類	1. 疼痛 2. 異常感覚(蟻走感、感覚脱出等) 3. 特殊な症状の疼痛(カウザルギー・RSD)													
労働能力喪失の程度	疼痛の労働能力に及ぼす影響	1. 軽易な労務以外の労働に常に差し支える程度の疼痛がある。 2. 通常の労務に服することはできるが、疼痛により時には労働に従事することができなくなるため、就労可能な職種の範囲が相当な程度に制限される。 3. 通常の労務に服することはできるが、時には強度の疼痛のためある程度差し支えることがある。 4. 通常の労務に服することはできるが、受傷部位にほとんど常時疼痛を残す。											日常生活上の介護の要否(下記の項目のうち、該当するものに○をしてください。)詳細について別途提出をお願いする場合があります。		
	胸腹部臓器・生殖器	各臓器の機能低下の程度と具体的な症状(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。)													
労働能力喪失の程度	労働能力の喪失の程度	下記の項目のうち、該当するものに○をしてください。なお、労働能力については、以下の労務が全て不可を基準に記載してください。①一般事務(電話の応対・文書作成・コピーなど)、②内職(デスクワーク・簡単な物の組み立てなど)、③家事手伝い(炊事・洗濯・掃除など)、④就学・就園(体育など過激な運動は除く)等になります。詳細について別途提出をお願いする場合があります。													
	精神	1. 精神の障害のため他人の監視又は介護(イ. 常時、ロ. 随時)を要する。 2. 精神の障害のため労働能力があっても常時他人が付き添って指示を与えなければ全く労務の遂行ができない。 3. 他人の頻繁な指示がなくては労務の遂行ができない又は、労務遂行の巧緻性や持続力が一般人より著しく劣る。 4. 精神の障害のため他人の監視は不要であるが労働能力が一般人より明らかに低下している。 5. 精神の障害のため職種が相当程度制限される。 6. 労働には差し支えないが、医学的に証明できる精神障害がある。 7. 労働には差し支えないが、医学的に推定できる精神障害がある。													
「日常生活上の所見」はほぼ一人で出来るが、労働能力が全くない場合、その理由等について必ずご記入ください。また、その他特徴的なことがあれば記入してください。															

(該当項目に○印・レ点をつけてください) 変形・運動障害	圧迫骨折・脱臼の部位 <記入例> 第1腰椎		前方椎体高	後方椎体高		
	せき柱	<input type="checkbox"/> 新鮮 ・ <input type="checkbox"/> 陳旧性	mm	mm		
		<input type="checkbox"/> 新鮮 ・ <input type="checkbox"/> 陳旧性	mm	mm		
		<input type="checkbox"/> 新鮮 ・ <input type="checkbox"/> 陳旧性	mm	mm		
せき柱の側彎の有無		<input type="checkbox"/> あり(コブ法による側彎度) ・ <input type="checkbox"/> なし				
脊柱の可動域の制限は、今回の事故(外傷)によって生じたものですか。		1. 頸部 2. 胸腰部 荷重機能障害				
<input type="checkbox"/> 今回の事故(外傷)によって新たに可動域の制限が生じた。		前屈	度	後屈	度	常時硬性補装具の必要性 有 ・ 無 頸部 ・ 胸腰部
<input type="checkbox"/> 今回の事故(外傷)によるものか不明だが可動域に制限がある。		右側屈	度	左側屈	度	
<input type="checkbox"/> 可動域の制限は生じていない		右回旋	度	左回旋	度	
長管骨	変形ゆ合部位		偽関節の発生部位		変形ゆ合(屈曲度数) 度	
	骨	骨幹部・骨幹部端部・骨端部	骨	骨幹部・骨幹部端部・骨端部		
体幹骨	鎖骨 ・ 胸骨 ・ ろく骨 ・ 肩甲骨 ・ 骨盤骨					
変形の程度	イ. 衣服を着用していても解る程度 ロ. 裸体となったとき明らかに解る程度 ハ. X線写真で初めて発見し得る程度					
短縮障害	右下肢	cm	原因・理由を記入してください。			
	左下肢	cm				
補助具の使用状況	1. 車椅子 4. 上肢硬性補装具 7. その他 2. 松葉杖 5. 下肢硬性補装具 3. 杖 6. コルセット 具体的な補装具名 イ. 一時的 ロ. 恒久的					
四肢・手指・足指の障害	障害部位および状態の図示(切断■、変形×、運動障害≡、感覚障害▨)					
	切断日 年 月 日 					
切断部位、長さについては「○○関節から切断」「○○骨の2分の1以上」など部位等を具体的に記入してください。 *末節骨を欠損している場合は末節骨の (1/2以上) ・ (1/2未満)						

四肢・手指・足指の障害	関節の機能障害	関節部位	運動種類	自右	動左	他右	動左	関節部位	運動種類	自右	動左	他右	動左	
【注1】各関節の可動域の数値は健側(正常な方)も必ず記入して下さい。 【注2】「関節の機能障害」に関して、原因が筋力低下である場合は、その内容を「その他特徴的なこと」の欄に記載してください。 【注3】動揺関節の場合「硬性補装具を必要とする程度」について、その内容を「その他特徴的なこと」の欄に具体的に記載してください。 【注4】外傷による感覚神経断裂で手指の末節の腹部及び側部の深部感覚及び表在感覚が完全に脱失したものは、「筋電計による感覚神経伝導速度検査所見」を「その他特徴的なこと」の欄に具体的に記載してください。														
醜状障害	部位	1. 頸部 2. 顔面部 3. 頸部 4. 上肢 5. 下肢 6. その他										【図表示欄】具体的な部位、大きさ等について、具体的に図示願います。		
	癒痕・欠損の大きさ	1. 手のひら大以上 2. 鶏卵大以上 3. 10円銅貨大以上												
	線状痕	具体的な長さ												
	醜状の状態	人目につく程度で(ある・ない)												
	部位	上腕部・大腿部・胸部・腹部・背部・臀部												
後遺障害の内容に対する所見(回復の見込み等)	1. 全域 2. ほぼ全域 3. 各部の1/2程度 4. 全面積の1/4程度 5. 両上腕ほぼ全域 6. 両大腿ほぼ全域 7. 全面積の1/2程度													
	その他特徴的なことがあれば以下に記入してください。													
1. 症状固定と判断する 年 月 日 2. 症状未固定の場合 (ア. 治療中 イ. 回復、改善が見込める ウ. 現状より悪化の可能性あり)														
*なお、「症状の固定時期」とは、傷病に対して行われる医学上一般に承認された治療方法をもってしても、その効果が期待し得ない状態で、かつ残存する症状が、自然的経過によって到達すると認められる最終の状態に達したときをいいます。														
共済金請求に関する意思能力(共済金請求の意味を理解する能力)の有無(該当する項目に○印を記入してください) <input type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 具体的な状態 ( )														
上記の通り証明いたします。 年 月 日 所在地 医療機関名 担当科 電話 ( ) 医師名														
(印)														