# 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。
消せないペンでご記入ください。

| フリガナ<br>患者氏名 | | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 西暦　昭和<br>平成　令和　　年　月　日生　歳 | 保険の種類 | 自賠責・健保・国保・労災・介護<br>自費・その他（　　） |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| カルテ番号 | | 患者住所 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| イ. 障害内容 | | 受傷状況 | |
| ロ. 障害の原因となった傷病 | | ロ. の発病日または受傷日 | 年　月　日 |
| ハ. 上記ロ. の原因 | | ハ. の発病日または受傷日 | 年　月　日 |
| ニ. 合併症 | | ニ. の発病日または受傷日 | 年　月　日 |
| 当医初診日 | | 前医紹介医 | 医療機関名：<br>医師名：　初診日：　年　月　日 |
| 入院を指示された日 | 年　月　日 | 手術を指示された日 | 年　月　日 |

**通院期間**　年　月　日から　年　月　日まで　実通院日数：　日

入院期間
① 年　月　日～　年　月　日
② 年　月　日～　年　月　日
③ 年　月　日～　年　月　日
年　月　日 現在
□ 入院治療中　□ 通院治療中　□ 治ゆ
□ 転医（転医先：　）
□ その他（　）

**実通院日数**

| | | |
|---|---|---|
| 年　月 | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 | 計　日 |
| 年　月 | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 | 計　日 |
| 年　月 | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 | 計　日 |
| 年　月 | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 | 計　日 |
| 年　月 | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 | 計　日 |
| 年　月 | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 | 計　日 |
| 年　月 | 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・24・25・26・27・28・29・30・31 | 計　日 |

**固定具**
① 装着期間：　年　月　日～　年　月　日
② 装着期間：　年　月　日～　年　月　日

**手術**
① 手術名：　手術コード：K(J)　－　細目(　)　手術日：　年　月　日
② 手術名：　手術コード：K(J)　－　細目(　)　手術日：　年　月　日

**放射線治療**　種類：　照射部位：　コード：M(L)　－　細目(　)　照射量：合計　Gy　期間：　年　月　日から　年　月　日まで

**先進医療**　技術名：　特定医療機関承認日：　年　月　日　期間：　年　月　日から　年　月　日まで　回数：　回　技術料（先進医療の技術料のみ）　円

**発病（受傷）から当医初診までの経過**

**初診時の主訴、症状（受傷状況等含む）**

**初診から現在までの治療経過**

**症状固定日時点での自覚症状**

**眼の障害**

視力

| | 裸眼 | 矯正 | 調節機能 | 調整力 |
|---|---|---|---|---|
| 右 | | | 右 | D |
| 左 | | | 左 | D |

ゴールドマン視野計 V／4視標による視野角度 ※最新の検査結果を添付してください

| | 上 | 上外 | 外 | 外下 | 下 | 下内 | 内 | 内上 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 右眼 | | | | | | | | |
| 左眼 | | | | | | | | |

運動障害
□ 正面視で複視が生じる
□ 正面視以外で複視が生じる ⇨ □「複視」を自覚している　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 ・ ない ）。
※ 複視が生じている場合は、最新のヘスクリーンテストの結果を添付してください。
□（ 右眼 ・ 左眼 ）の注視野の広さが1／2以下に減じている　※最新の検査結果を添付してください。

散瞳羞明
□（ 右眼 ・ 左眼 ）の瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な羞明を訴える。（対光反射がない、もしくはほとんどない）
□（ 右眼 ・ 左眼 ）の瞳孔の対光反射はあるが不十分であり、羞明を訴える。

**まぶたの障害**
欠損
□ 閉瞼時に角膜を完全に覆い得ない
□ 閉瞼時に角膜を完全に覆うことができるが、球結膜が露出している
□ まつげ縁の1／2以上にわたってまつげのはげを残す

運動障害
□ 開瞼時に瞳孔領を完全に覆うもの
□ 閉瞼時に角膜を完全に覆い得ないもの



**耳の障害**

□ 感音性難聴（右 ・ 左）
□ 伝音性難聴（右 ・ 左）
□ 混合性難聴（右 ・ 左）

難聴に伴う耳鳴
□ 耳鳴が常時ある（右 ・左）
ピッチ・マッチ検査、ラウドネス・バランス検査の実施 ※検査結果を添付してください。 □ 有 □ 無

耳介の欠損
□ 耳介の1/2以上（右 ・左）
□ 耳介の1/2未満（右 ・左）

オージオメータ検査成績
※検査の間隔は7日以上あけてください。
※オージオグラムを添付してください。

| | 検査日 | | 6分平均 | 最高明瞭度 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 第1回 | 年　月　日 | 右 | dB | dB | % |
| | | 左 | dB | dB | % |
| 第2回 | 年　月　日 | 右 | dB | dB | % |
| | | 左 | dB | dB | % |
| 第3回 | 年　月　日 | 右 | dB | dB | % |
| | | 左 | dB | dB | % |

**鼻の障害**
□ 嗅覚脱失
□ 嗅覚減退
T&Tオルファクトメータによる平均嗅力損失値
アリナミン静脈注射による静脈性嗅覚検査による検査所見 ※アリナミンFを除く　反応 有 ・ 無
嗅覚障害の原因：
鼻軟骨の欠損　□ 全部または大部分　□ 左記以外

**味覚障害**
濾紙ディスク法における最高濃度液による検査結果
認知不可 → □ 甘味　□ 塩味　□ 酸味　□ 苦味
味覚障害の原因：

**歯牙障害**

① 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
※補綴済みの歯、C4状態であった歯も該当します

E D C B A　A B C D E
7 6 5 4 3 2 1　1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1　1 2 3 4 5 6 7
E D C B A　A B C D E

該当歯　計　歯

② 事故後・補綴前
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

E D C B A　A B C D E
7 6 5 4 3 2 1　1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1　1 2 3 4 5 6 7
E D C B A　A B C D E

該当歯　計　歯

③ 事故後・補綴後
今回の事故及び治療の必要上、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

E D C B A　A B C D E
7 6 5 4 3 2 1　1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1　1 2 3 4 5 6 7
E D C B A　A B C D E

該当歯　計　歯

**言語機能の障害**
□ 発声機能の完全喪失
□ 中枢性失語症
□ 構音障害
発音不能 → □ 口唇音　□ 歯舌音　□ 口蓋音　□ 喉頭音
□ その他（　）
□ 音声言語による意思の疎通が全くできない
□ 身振り、書字等の補助動作がなくては音声言語による意思の疎通が困難
□ 簡単な単語の発語により意思の疎通がかろうじて可能
□ その他（　）
言語機能の障害の原因：

**そしゃく機能の障害**
□ 流動食以外は摂取できない
□ 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
□ ある程度の日常固形食は摂取できるが、制限があって、そしゃくが十分ではない
□ 上記以外（　）
そしゃく機能の障害の原因：

**呼吸器の障害**
最新の検査結果をご記入ください。
□ 酸素吸入下　□ 室内気下

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 動脈血酸素分圧 | Torr | 検査日 | 年　月　日 | 呼吸困難の程度 |
| 動脈血炭酸ガス分圧 | Torr | | | |
| スパイロメトリー | %1秒量 | 検査日 | 年　月　日 | 運動負荷試験の結果 |
| | %肺活量 | | | |

□ 呼吸困難のため、連続しておおむね100m以上歩けない
□ 呼吸困難のため、平地でさえ健常者と同様には歩けないが、自分のペースでならば1km程度の歩行が可能
□ 呼吸困難のため、健常者と同様には階段の昇降ができない
□ 上記に該当するような呼吸困難は生じていない

室内気下での検査ができない場合は、その理由：

**循環器の障害**
最新の所見・検査結果をご記入ください。

臨床所見

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 動　悸 | 有 ・ 無 | 心拍数 | | | |
| 息切れ | 有 ・ 無 | 脈拍数 | | | |
| 呼吸困難 | 有 ・ 無 | 血圧 | 最大 | | |
| 胸　痛 | 有 ・ 無 | | 最小 | | |
| 血　痰 | 有 ・ 無 | 心音 | | | |
| チアノーゼ | 有 ・ 無 | その他 | | | |
| 浮　腫 | 有 ・ 無 | | | | |
| 診察日 | 年　月　日 | | | | |

心電図所見

| | | | |
|---|---|---|---|
| 陳旧性心筋梗塞 | 有 ・ 無 | 第Ⅰ誘導、第Ⅱ誘導及び胸部誘導（但し、$V_1$を除く）のいずれかのTの逆転 | |
| 心室負荷像 | 有 ・ 無 | 運動負荷心電図におけるSTの0.1mV以上の低下 | |
| 心房負荷像 | 有 ・ 無 | | |
| 脚ブロック | 有 ・ 無 | 不整脈発作のある者では発作中の心電図所見（発作年月日記載） | |
| 完全房室ブロック | 有 ・ 無 | | |
| 不完全房室ブロック | 有 ・ 無 | その他心電図所見 | |
| 心房細動（粗動） | 有 ・ 無 | | |
| 期外収縮 | 有 ・ 無 | | |
| STの低下 | 有 ・ 無 | 検査日 | 年　月　日 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 身体活動能力 | METs　検査日：年　月　日 | | |
| 胸部X線 | 心胸比　%　検査日：年　月　日 | ペースメーカーの植え込み | 有 ・ 無　手術日：年　月　日 |
| 除細動器の植え込み | 有 ・ 無　手術日：年　月　日 | 抗凝血薬療法の要否 | 要 ・ 不要 |
| 心エコー検査の所見 | 検査日：年　月　日 | 血液検査の所見 | 検査日：年　月　日 |

**腎臓の障害**
人工透析療法　必要・不要
□ 血液透析
□ 腹膜透析
□ その他（　）
1週間の実施回数　回
1日の実施回数　回
1回あたりの所要時間　時間

| | | | |
|---|---|---|---|
| 老廃物（尿毒素）、カリウム、リンの除去状況 | □ 良好である | □不良である | 糸球体濾過値（GFR値）　ml／分 |
| カルシウム、鉄分、亜鉛などの補給状況 | □ 良好である | □不良である | |
| 水分の除去状況 | □ 良好である | □不良である | 検査日　年　月　日 |

腎臓の亡失の有無
□ 腎臓の亡失はない
□ 腎臓を亡失している（ 右 ・ 左 ）

**上記以外の胸腹部臓器の障害**
【障害が生じている部位、機能低下の程度、検査数値等、具体的な障害の内容をご記入ください】

## 脊柱の障害

| 脊椎圧迫骨折・破裂骨折・脱臼の部位 | | | 前方椎体高 | 後方椎体高 | 画像検査日 |
|---|---|---|---|---|---|
| | □ 新鮮骨折 □ 陳旧性骨折 | 初診 | mm | mm | 年 月 日 |
| | | 直近 | mm | mm | 年 月 日 |
| | □ 新鮮骨折 □ 陳旧性骨折 | 初診 | mm | mm | 年 月 日 |
| | | 直近 | mm | mm | 年 月 日 |
| | □ 新鮮骨折 □ 陳旧性骨折 | 初診 | mm | mm | 年 月 日 |
| | | 直近 | mm | mm | 年 月 日 |
| | □ 新鮮骨折 □ 陳旧性骨折 | 初診 | mm | mm | 年 月 日 |
| | | 直近 | mm | mm | 年 月 日 |

運動障害

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 頸椎部 | 屈曲(前屈) | 度 | 伸展(後屈) | 度 | |
| | 右回旋 | 度 | 左回旋 | 度 | |
| | 右側屈 | 度 | 左側屈 | 度 | |
| 胸腰椎部 | 屈曲(前屈) | 度 | 伸展(後屈) | 度 | |
| | 右回旋 | 度 | 左回旋 | 度 | |
| | 右側屈 | 度 | 左側屈 | 度 | |

【運動障害の原因】
□ 脊椎・項背腰部軟部組織の器質的変化が原因
□ 脊椎固定術が原因
□ 受傷部位の疼痛が原因
□ 上記以外(　　)

【具体的な内容】

コブ法による側弯度　　度

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 硬性補装具の必要性 | □ 常に必要とする □ 一時的に必要とする □ 必要ない | 【硬性補装具が必要となる理由・原因】 | | | |
| 脊椎固定術の実施 | 有 ・ 無 | 実施日: 年 月 日 | 椎弓切除術・椎弓形成術の実施 | 有 ・ 無 | 実施日: 年 月 日 手術を施行した椎弓の数: 椎弓 |
| 病的骨折の可能性 | 有 ・ 無 | 理由: | | | |

## 変形障害

| | |
|---|---|
| 変形部位 | □ 鎖骨 □ 胸骨 □ 肋骨 □ 肩甲骨 □ 骨盤骨 □ 上腕骨 □ 尺骨 □ 橈骨 □ 大腿骨 □ 脛骨 □ 腓骨 |
| 変形の程度 | □ 裸体になったとき、変形が明らかにわかる程度<br>□ エックス線写真によって発見し得る程度<br>□ 長管骨の変形で、15度以上屈曲して不正ゆ合している<br>□ その他(　　) |

【変形についての図表示】

下肢短縮障害　上前腸骨棘と下腿内果下端間の長さ

| | |
|---|---|
| 右下肢 | cm |
| 左下肢 | cm |

【原因】

## 醜状障害

| | |
|---|---|
| 部位 | |
| 瘢痕の大きさ | |
| 線状痕の長さ・幅 | |
| 醜状の色 | |
| 醜状の程度 | 人目につく程度で ある ・ ない |

てのひらの大きさ

縦　cm
横　cm

【図表示】※具体的な醜状の状態について、部位・大きさ・長さ等を含めご記入ください。

## 日常生活上の所見

次の項目について評価をお願いいたします。　○:一人でできる　△:介助・補助具があればできる　×:できない

| 動作 | 評価 | 介助・補助具の内容 | 動作 | | 評価 | 介助・補助具の内容 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 歩く(屋内) | | | 上着の着脱 | | | |
| 歩く(屋外) | | | ズボンの着脱 | | | |
| 座る | | | 物を持ち上げる | 右 | | |
| 立ち上がる | | | ※概ね500gの物 | 左 | | |
| 階段をあがる | | | 文字を書く | 右 | | |
| 階段をおりる | | | ※内容は問わず | 左 | | |
| ひもを結ぶ | | | | | | |

## 介護の程度

【食物の摂取】
□ 箸を使用して自力で可能
□ 食器・食物を選定すれば自力で可能
□ 自力では困難を伴う
□ 介助がなければ全く不能

【排便・排尿】
□ 通常便器で自力で可能
□ 特別の器具を使用すれば自力で可能
□ 特別の器具により自力排泄できるが、後始末は自力不能
□ おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能

【衣服着脱・起居歩行・入浴】
□ 通常の身の回り動作が可能
□ ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴はかろうじて可能
□ ベッド上の起居・周辺歩行のみ、かろうじて可能
□ ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能
□ 全くの寝たきり状態

【精神状態(知的障害を含む)】
□ 通常の精神状態
□ 障害が軽度で監視介助は不要
□ 障害が中等度で大部屋の監視介助が必要
□ 障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要

## 高次脳機能障害の程度

次の能力について、どの程度喪失しているか○を付してください。

| | 障害なし | わずかに喪失 | 多少喪失 | 相当程度喪失 | 半分程度喪失 | 大部分喪失 | 全部喪失 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 意思疎通能力 | 障害なし | 多少の困難はあるが概ね自力でできる | 困難はあるが概ね自力でできる | 困難はあるが多少の援助があればできる | 困難はあるがかなりの援助があればできる | 困難が著しく大きい | できない |
| 問題解決能力 | 障害なし | 多少の困難はあるが概ね自力でできる | 困難はあるが概ね自力でできる | 困難はあるが多少の援助があればできる | 困難はあるがかなりの援助があればできる | 困難が著しく大きい | できない |
| 持続力・持久力 | 障害なし | 多少の困難はあるが概ね自力でできる | 困難はあるが概ね自力でできる | 困難はあるが多少の援助があればできる | 困難はあるがかなりの援助があればできる | 困難が著しく大きい | できない |
| 社会行動能力 | 障害なし | 多少の困難はあるが概ね自力でできる | 困難はあるが概ね自力でできる | 困難はあるが多少の援助があればできる | 困難はあるがかなりの援助があればできる | 困難が著しく大きい | できない |

特筆すべき所見や検査結果、検査日等:

## 四肢の麻痺の程度

【 上 肢 】
□ 完全強直またはこれに近い状態(右・左)
□ 三大関節及び手指のいずれも自動運動によっては可動させることができない(右・左)
□ 随意運動の顕著な障害により物を持ち上げて移動させることができない(右・左)
□ 障害を残した一上肢では概ね500gの物を持ち上げることができない(右・左)
□ 障害を残した一上肢では、文字を書くことができない(右・左)
□ 障害を残した一上肢では、文字を書くことに困難を伴う(右・左)
□ 運動性、支持性、巧緻性、速度についての支障はほとんど認められない程度(右・左)
□ 麻痺は生じていない(右・左)

【 下 肢 】
□ 完全強直またはこれに近い状態(右・左)
□ 三大関節のいずれも自動運動によっては可動させることができない(右・左)
□ 随意運動の顕著な障害により支持性及び随意的な運動性をほとんど失ったもの(右・左)
□ 障害を残した一下肢を有するため杖もしくは硬性装具なしには階段を上ることができない(右・左)
□ 障害を残した両下肢を有するため杖もしくは硬性装具なしには歩行が困難(右・左)
□ 概ね独歩であるが、障害を残した一下肢を有するため不安定で転倒しやすく速度も遅い(右・左)
□ 障害を残した両下肢を有するため杖もしくは硬性装具なしに階段を上ることができない(右・左)
□ 運動性、支持性、巧緻性、速度についての支障はほとんど認められない程度(右・左)
□ 麻痺は生じていない(右・左)

●共済金の審査に必要なため、患側だけでなく健側の可動域角度も記入してください。(単位:度)
●他動運動、自動運動どちらの可動域角度も記入してください。　●四肢の麻痺が生じている場合は、麻痺の欄も記入してください。

## 四肢の可動域角度と筋力

| 関節部位 | 運動 | 他動運動 右 | 他動運動 左 | 自動運動 右 | 自動運動 左 | MMT | 麻痺 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 肩関節 | 屈曲 | | | | | | (右・左) □ 完全麻痺 □ 不全麻痺 |
| | 伸展 | | | | | | |
| | 外転 | | | | | | |
| | 内転 | | | | | | |
| | 外旋 | | | | | | |
| | 内旋 | | | | | | |
| 肘関節 | 屈曲 | | | | | | (右・左) □ 完全麻痺 □ 不全麻痺 |
| | 伸展 | | | | | | |
| 手関節 | 屈曲 | | | | | | (右・左) □ 完全麻痺 □ 不全麻痺 |
| | 伸展 | | | | | | |
| | 撓屈 | | | | | | |
| | 尺屈 | | | | | | |

| 関節部位 | 運動 | 他動運動 右 | 他動運動 左 | 自動運動 右 | 自動運動 左 | MMT | 麻痺 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 前腕 | 回内 | | | | | | (右・左) □ 完全麻痺 □ 不全麻痺 |
| | 回外 | | | | | | |
| 股関節 | 屈曲 | | | | | | (右・左) □ 完全麻痺 □ 不全麻痺 |
| | 伸展 | | | | | | |
| | 外転 | | | | | | |
| | 内転 | | | | | | |
| | 外旋 | | | | | | |
| | 内旋 | | | | | | |
| 膝関節 | 屈曲 | | | | | | (右・左) □ 完全麻痺 □ 不全麻痺 |
| | 伸展 | | | | | | |
| 足関節 | 屈曲 | | | | | | (右・左) □ 完全麻痺 □ 不全麻痺 |
| | 伸展 | | | | | | |

## 手指・足指の可動域角度

| 関節部位 | 運動 | 他動運動 右 | 他動運動 左 | 自動運動 右 | 自動運動 左 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

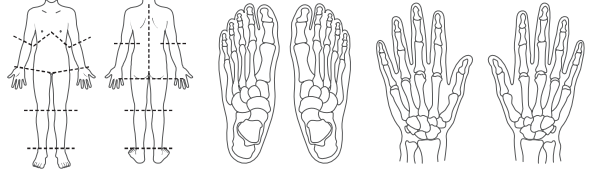
| 関節部位 | 運動 | 他動運動 右 | 他動運動 左 | 自動運動 右 | 自動運動 左 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| 関節部位 | 運動 | 他動運動 右 | 他動運動 左 | 自動運動 右 | 自動運動 左 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## 四肢・手指・足指の欠損障害

| | |
|---|---|
| 上肢 | □ 手関節以上で失った(右・左)　□ 肘関節以上で失った(右・左) |
| 下肢 | □ リスフラン関節以上で失った(右・左)　□ 足関節以上で失った(右・左)<br>□ 膝関節以上で失った(右・左) |
| 手指 | □ 近位指節間関節(指節間関節)以上で失った(右・左)(母指・示指・中指・環指・小指)<br>□ 末節骨の1／2以上を失った(右・左)(母指・示指・中指・環指・小指)<br>□ 末節骨の1／2未満を失った(右・左)(母指・示指・中指・環指・小指) |
| 足指 | □ 中足指節関節以上で失った(右・左)(第1指・2指・3指・4指・5指)<br>□ 遠位指節間関節以上を失った(右・左)(第1指・2指・3指・4指・5指)<br>□ 末節骨の1／2以上を失った(右・左)(第1指・2指・3指・4指・5指) |

※失った部位を、黒く塗りつぶしてください。




## 疼痛等の神経症状

□ 神経損傷、神経根の圧迫、癒合面の不整等、他覚的に証明できる神経症状が生じている
□ 他覚的に証明できる症状ではないが、神経症状が生じている
□ その他(　　)

| | |
|---|---|
| 部位 | |
| 症状 | |
| 頻度 | □ 常時 □ 時々 □ その他(　　) |
| 他覚所見 | 【検査結果等】 |

障害について特徴的なことや回復の見込み等について

症状の固定時期(回復の見込みがなくなった時期)　傷病に対して医学上一般に行われる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となった時期をいいます。

□ 症状固定と判断する
□ 症状固定していない

症状固定日　年 月 日

【左記ご判断に至った理由・医学的根拠】

共済金請求に関する意思能力　患者様は、共済金を請求し受け取ることの意味を理解できますか。　□ 理解できる □ 理解できない

【左記ご判断に至った理由・医学的根拠】

上記の通り診断いたします。

診 断 日: 年 月 日

診断書発行日: 年 月 日

所 在 地:

名 称:

診 療 科:

医師氏名:　㊞

電話番号:　(　　)