**自動車損害賠償責任保険後遺障害**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 男・女 | ■記入にあたってのお願い1.この用紙は、自動車損害賠償責任保険における後遺障害認定のためのものです。交通事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。2.歯牙障害については、歯科後遺障害診断書を使用してください。3.後遺障害の等級は記入しないでください。 |
| 生年月日 | ( 　 )　 　年　　　月　　　日 ( 　 歳) |
| 住　　所 |  |
| 職　　　業 |  |
| 受傷日時 |  　　　 年　　　　月　　　　日 | 症状固定日 | 年　　　 　月　　　 　日 |
| 当　　院入院期間 | 自　　　　　　年　　 月　 　日　　　　　　　　　　　　　　　　至　　　　　　年　　 月　　 日　( 　)日間 | 当院通院期間 | 自　　　　　　年　　 月　 　日　実治療日数　　　　　　　　　　　　　　　至　　　　　　年　　 月　　 日　( 　)日 |
| 傷病名 |  | 既存障害 | 今回事故以前の精神・身体障碍：有・無（部位・症状・程度） |
| 自覚症状 |  |
|  | **各部位の後遺障害の内容**　　　　〔各部位の障害について、該当項目や有・無に〇印をつけ　　　　　　　　　　　　　　　　　①の欄を用いて検査値等を記入してください〕 |
| 他覚的症状および検査結果 | 知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください。X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください。眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください。 |
|  |  |
| 器・泌尿器の障害 | 知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください。X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください。眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください。 |
| ③眼球・眼瞼の障害 |  | 視　　　　力 | 調　節　機　能 | 視野 | 眼瞼の障害 |
|  | 裸眼 | 矯正 | 近点距離・遠点距離 | 調整力 | 1. 半盲（1/4半盲を含む）
2. 視野狭窄
3. 暗点
4. 視野欠損

(視野表を添付してください） | 1. まぶたの欠損
2. まつげはげ
3. 開瞼・閉瞼障害

（図示してください） |
| 右 |  |  | 　　　cm　　　　cm | （　　　）D |
| 左 |  |  | 　　　cm　　　　cm | （　　　）D |
| 眼球運動 | 注視野障害　　　　　　　　　　右（全方向1/2以上の障害) 　　　左 | 複視 | 1. 正面視

ロ．左右上下視 |
| 眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの他覚的所見を①の欄に記入してください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ④聴力と耳介の障害 | オージオグラムを添付してください | 耳介の欠損 | ⑤鼻の障害 | ⑦醜状障害（採皮痕を含む） |
| 1. 感音性難聴（右・左）
2. 伝音声難聴（右・左）

ハ．混合性難聴（右・左） | 聴力表示イ．聴力レベルロ．聴力損失 | 1. 耳介の1/2以上
2. 耳介の1/2未満

（右⑦欄に図示してください） | 1. 鼻軟骨部の欠損

(右⑦欄に図示してください)1. 鼻呼吸困難
2. 嗅覚脱失

ニ．嗅覚減退 | 1．外ぼう イ．頭部 ２．上肢ロ．顔面部３．下肢　　　　　ハ．頚部　４.その他 |
| 検査日 | 6分平均 | 最高明瞭度 |
| 第１回 | 年 | 右 | db | db | % |
| 月日 | 左 | db | db | % | 耳鳴 | ⑥そしゃく・言語の障害 |
| 第２回 | 年 | 右 | db | db | % | 聴力レベル30db以上の難聴を伴う耳鳴を対象とします右　・　左 | 原因と程度（摂食可能な食物、発音不能な語音など）を左面①欄に記入してください |
| 月日 | 左 | db | db | % |
| 第３回 | 年 | 右 | db | db | % |
| 月日 | 左 | db | db | % |
| ⑧脊柱の障害 | 圧迫骨折・脱臼(椎弓切断・固定術を含む)の部位 | 運動障害 | イ．頚椎部　　　　　　ロ．胸腰椎部 | 荷重機能障害 | 常時コルセット装用の必要性有・無 | ⑨体幹骨の変形 | 1. 鎖骨　ニ．肩甲骨
2. 胸骨　ホ．骨盤骨
3. 肋骨

(裸体になってわかる程度)X-Pを添付してください |
| 前　屈 | 度 | 後　屈 | 度 |
| X-Pを添付してください | 右　屈 | 度 | 左　屈 | 度 |
| 右旋回 | 度 | 左旋回 | 度 |
| ⑩上肢・下肢および手指・足指の障害 | 短縮 | 右下肢長 | cm | （部位と原因） | 長管骨の変形 | 1. 仮関節　　ロ．変形癒合

（部位）X-Pを添付してください |
| 左下肢長 | cm |
| 欠損障害（離団部位を図示　　　　　してください） | 上肢 | 下肢 | 手指 | 足指 |
| (右) | (左) | (右) | (左) | (右) | (左) | (右) | (左) |
| 関節名 | 運動の種類 | 他動 | 自動 | 関節名 | 運動の種類 | 他動 | 自動 |
| 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 | 右 | 左 |
|  |  | 度 | 度 | 度 | 度 |  |  | 度 | 度 | 度 | 度 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください |
| 上記のとおり診断いたします。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称診　 断 　日　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　診 療 科　　　　診断書発行日　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　医師氏名 |