**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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |