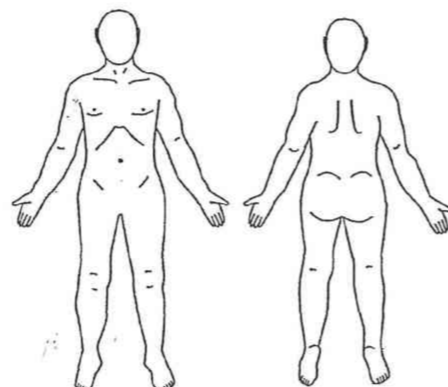


自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

氏名	鈴木 太郎 (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	明・大 平 32年 4月 5日 (53歳)		職業	会社員
住所	福岡市00区△△1-1-1		受傷日時	平成 22年 9月 15日
当院入院期間	自 年 月 日 () 日間	至 年 月 日 () 日間	症状固定日	平成 23年 2月 28日
傷病名	頚椎捻挫、頚椎椎間板ヘルニア		当院通院期間	自平成 22年 9月 16日 実治療日数 至平成 23年 2月 28日 (105日)
自覚症状	事故直後から左頸部痛、頸部周囲の痛み、左上肢の痺れが認められる。現在も上記症状でパソコン入力作業業務に支障あり。②業務上の支障を記載してもらう。			
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○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入してください。)				
① 他覚症状および神経の検査結果	<p>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</p> <p>スローリングテスト / 右+, 左+ ジローンテスト / 右+, 左+</p> <p>頚椎MRI, C4/5, 5/6の椎間板突出により頚椎通圧迫を認める。</p> <p>③ 検査結果を具体的に記載。</p> 			
② 胸部・腹部・泌尿器の障害	各臓器の機能低下の程度と具体的症状を記入してください 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			
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 調節力	イ. 半盲(1/4半盲を含む) ロ. 視野狭窄 ハ. 暗点 ニ. 視野欠損	イ. まぶたの欠損 ロ. まぶたの上げ ハ. 開瞼・閉瞼障害
右		cm cm ()D		
左		cm cm ()D		
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)	右 左 複視	イ. 正面・視 ロ. 左右上下視 (視野表を添付してください)	
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 (図示してください)				

④ 聴力と耳介の障害	オーディ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)	
	イ. 感音性難聴(右・左) ロ. 伝音性難聴(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		イ. 耳介の1/2以上 ロ. 耳介の1/2未満	イ. 鼻軟骨部の欠損 (右⑦欄に図示してください) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚脱失 ニ. 嗅覚減退	1. 外ばう イ. 頭部 2. 上肢 ロ. 顔面部 3. 下肢 ハ. 頭部 4. その他	
	検査日	6分平均	最高明瞭度		(右⑦欄に図示してください)			
	第1回	年 月 日	右 dB	dB	%	耳鳴	⑥ そしゃく・言語の障害	
第2回	年 月 日	右 dB	dB	%	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		
第3回	年 月 日	右 dB	dB	%				
⑧ 脊柱の障害	圧迫骨折・脱臼(椎弓切除・固定術を含む)の部位				① 頸椎部	ロ. 胸腰椎部	常時コルセット装用の必要性	
	運動障害	前屈 30度	後屈 20度	右屈 20度	左屈 20度	右回旋 45度	左回旋 20度	
短縮	右下肢長	cm	(部位と原因)		長管骨の変形	イ. 仮関節	ロ. 変形癒合	
	左下肢長	cm	X-Pを添付してください					
⑩ 上肢・下肢および手指・足指の障害	上肢	下肢	手	指	足	指		
	(右) (左)	(右) (左)	(右) (左)	(右) (左)	(右) (左)	(右) (左)		
欠損	損傷(して) (離断部位を) (図示)							
関節機能障害 (健側患側とも記入してください)	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 度	左 度	右 度	左 度	右 度	左 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								
上記の症状を認める。症状は固定していると判断する。 ④								
上記のとおり診断いたします					所在地 〒000-△△△ 福岡県00市△△1丁目1-1			
診断日 平成 23年 2月 28日					名称 00 整形外科			
診断書発行日 平成 23年 3月 5日					診療科			
					医師氏名 △△ △△ (印)			