

障 害 診 断 書

1. 氏名	フリガナ		2. 性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input checked="" type="radio"/> 女	3. 生年月日	年 月 日
4. 傷病名	傷病発生年月日					
ア. 傷病名			年 月 日	医師推定 ・ 患者申告		
イ. アの原因			年 月 日	医師推定 ・ 患者申告		
ウ. 合併症			年 月 日	医師推定 ・ 患者申告		
5. 既往症・持病			6. 今回の傷病以前にあった身体障害			
7. 注1 治療期間	初診 年 月 日 ~		年 月 日		終診 ・ 現在治療中 ・ 入院中 ・ 転医	
8. 入院期間	第1回入院 年 月 日 ~		年 月 日		入院中 ・ 退院	
	第2回入院 年 月 日 ~		年 月 日		入院中 ・ 退院	
9. 前医または紹介医	<input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	有の場合、医療機関名、所在地、医師名等				
10. 今回の受傷（発病）から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障害状態の詳細						
治療内容および経過						
注2 手術名 手術日 年 月 日						
医科診療報酬点数手術区分番号 K-						
11. 視力障害	●現在の視力					
	裸眼視力	矯正視力	矯正不能または不適の場合は、その理由をご記入願います。			
	右眼 ()	()	()			
	左眼 ()	()	()			
	●回復の見込みについて					
	回復の見込み	有の場合、回復後の矯正視力の見込みはいずれでしょうか				無の場合、回復の見込みがなくなった日
	右眼 <input checked="" type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 0.02以下	<input checked="" type="radio"/> 0.02超~0.06	<input checked="" type="radio"/> 0.06超	年 月 日頃	
	左眼 <input checked="" type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	<input checked="" type="radio"/> 0.02以下	<input checked="" type="radio"/> 0.02超~0.06	<input checked="" type="radio"/> 0.06超	年 月 日頃	
12. 聴力障害	●オーディオメーターでの聴力レベル数値 および 回復の見込み					
	回復の見込み	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	無の場合、回復の見込みがなくなった日
	右 <input checked="" type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	() dB	() dB	() dB	() dB	年 月 日頃
	左 <input checked="" type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> 有	() dB	() dB	() dB	() dB	年 月 日頃
13. 舌しゃく機能障害	●下記のA~Dのうち該当する項目に○印をしてください。			●下記のA~Dのうち該当項目に○印をしてください。		
	A 通常の飲食物を摂取できる			A 声帯の摘出 全部 ・ 一部		
	B 粥食またはこれに準ずる程度の飲食物であれば食べられる			B 中枢性失語		
	C 流動食しか摂取できない			C 構音障害 □唇音・歯舌音・□蓋音・喉頭音		
	D その他 ()			D その他		
	●回復の見込み 無 の場合、回復の見込みがなくなった日			●回復の見込み 無 の場合、回復の見込みがなくなった日		
	<input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	→ (年 月 日頃)		<input checked="" type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	→ (年 月 日頃)	
15. 中枢神経系、精神または胸腹部臓器（脊髄損傷を含む）の著しい障害（日常生活動作における要介護状態について、該当するものに○印をしてください。）	A 食物の摂取 B 排便・排尿 C 衣服着脱・起居・歩行・入浴 D 精神状態（知能を含む）					
	ア 箸を使用して可能	ア 通常便器で、自力で可能	ア 通常の身のまわりの動作可能	ア 通常の精神（知能）状態		
	イ 食器・食物を選定すれば自力で可能	イ 特別の器具を使用すれば自力で可能	イ ベッド上の起居・周囲歩行・衣服着脱・入浴かろうじて可能	イ 障害が軽度で監視介助は不要		
	ウ 自力では困難	ウ 特別の器具により、自力で排泄ができるが、後始末は自力で不能	ウ ベッド上の起居・周囲歩行のみかろうじて可能	ウ 障害が中程度で大部屋での監視介助が必要		
	エ 介助がなければ不可能	エ おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能	エ ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能	エ 障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要		
			オ 全くのねたきり状態			
16. 脊柱障害	A 運動障害					
	頸椎	前屈 (0° ~ °) 後屈 (0° ~ °)		胸腰椎	前屈 (0° ~ °) 後屈 (0° ~ °)	
		右旋 (0° ~ °) 左旋 (0° ~ °)			右旋 (0° ~ °) 左旋 (0° ~ °)	
		右屈 (0° ~ °) 左屈 (0° ~ °)			右屈 (0° ~ °) 左屈 (0° ~ °)	
	B 変形障害 通常の衣服を着用しても外部から見て、明らかに <input checked="" type="radio"/> わかる <input checked="" type="radio"/> わからない					

注)1 初診日は今回の傷病での貴院における最初の受診日をご記入ください。

注)2 Kコード対象の治療は全てご記入ください。

