

1. 氏名 _____, 性別 _____, 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

4. 傷病名 _____ 傷病発生年月日 _____ 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. 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 入院 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 入院中・退院

9. 前医または紹介医 有 無 有の場合、医療機関名、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

手術名 _____ 医科診療報酬点数手術区分番号 _____ K- _____ 手術日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※以下の11.視覚障害～19.四肢関節の運動障害は **障害のある項目のみ** ご記入ください。

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 有 無 0.02以下 0.02超～0.06 0.06超 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃
左眼 有 無 0.02以下 0.02超～0.06 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 有 無 () dB () dB () dB () dB _____ 年 _____ 月 _____ 日頃
左 有 無 () dB () dB () dB () dB _____ 年 _____ 月 _____ 日頃

13. そしゃく機能障害 ●下記のA～Dのうち該当する項目に○印をしてください。
A 通常の飲食物を摂取できる
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
C 流動食しか摂取できない
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
有 無 →(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

14. 言語機能の障害 ●下記のA～Dのうち該当項目に○印をしてください。
A 声帯の摘出 全部 一部
B 中枢性失語
C 構音障害 口唇音 歯舌音 口蓋音 喉頭音
D その他 ()
●下記のa～dのうち該当項目に○印をしてください。
a 音声言語による意思の疎通は全くできない
b 身振、書字その他補助動作がなくては音声言語による意思疎通が困難
c 簡単な単語の発語により意思の疎通がろうじて可能
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
有 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 ア 箸を使用して可能 イ 食器・食物を選定すれば自力で可能 ウ 自力では困難 エ 介助がなければ不可能

B 排便・排尿 ア 通常便器で、自力で可能 イ 特別の器具を使用すれば自力で可能 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 エ おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能

C 衣服着脱・起居・歩行・入浴 ア 通常の身のまわりの動作可能 イ ベッド上の起居・周囲歩行・衣服着脱・入浴がろうじて可能 ウ ベッド上の起居・周囲歩行のみがろうじて可能 エ ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能 オ 全くのねたきり状態

D 精神状態(知能を含む) ア 通常の状態(知能)状態 イ 障害が軽度で監視介助は不要 ウ 障害が中程度で大部屋での監視介助が必要 エ 障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要

●回復の見込み 無の場合、回復の見込みがなくなった日
有 無 →(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

16. 脊柱障害 A 運動障害 ※自動運動範囲にてご記入ください。
頸椎 前屈(0°～°) 後屈(0°～°)
右旋(0°～°) 左旋(0°～°)
右屈(0°～°) 左屈(0°～°)
胸腰椎 前屈(0°～°) 後屈(0°～°)
右旋(0°～°) 左旋(0°～°)
右屈(0°～°) 左屈(0°～°)
B 変形障害 通常の上着を着用しても外部から見て、明らかに わかる わからない
●回復の見込み 無の場合、回復の見込みがなくなった日
有 無 →(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

17. 運動麻痺・欠損・短縮

四肢、手指、足指の切断の場合は、切断箇所にはっきりと線を入れてください。
四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。
下肢短縮の場合は、その程度(cm)を記入してください。

●回復の見込み 無の場合、回復の見込みがなくなった日
有 無 →(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

18. 手指・足指の運動障害

		第1指	第2指	第3指	第4指	第5指
		伸展度～屈曲度	伸展度～屈曲度	伸展度～屈曲度	伸展度～屈曲度	伸展度～屈曲度
右 手指・足指	遠位指節間関節	/	--	--	--	--
	近位指節間関節	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
	中手・中足 指節関節	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
左 手指・足指	遠位指節間関節	/	--	--	--	--
	近位指節間関節	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
	中手・中足 指節関節	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °

●回復の見込み 無の場合、回復の見込みがなくなった日
有 無 →(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

19. 四肢関節の運動障害

部位	運動の種類・範囲	伸展度 ～ 屈曲度		内転度 ～ 外転度		内旋度 ～ 外旋度	
		右	左	右	左	右	左
肩関節	右	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
肩関節	左	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
肘関節	右	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
肘関節	左	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
肘関節	右	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
肘関節	左	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
肘関節	右	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °
肘関節	左	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °	° ~ °

●回復の見込み 無の場合、回復の見込みがなくなった日
有 無 →(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃)

20. その他の障害状態の有・無(例えば、鼻の欠損・機能障害など)

21. 回復の可能性と今後の治療方針・内容などについてご記入ください。

* 以下は傷病者ご本人様からの保険金請求可否の判断に際し、参考とさせていただきます。
22. 保険金等を請求し、受取る行為の意味を理解できると考えられますか?
A できる B できない C その他 (_____)

上記の通り証明します。 証明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

病院または診療所の { 所在地 _____
名 称 _____
医 師 氏 名 _____

印