

自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

氏名 [] (男)・女 []

生年月日 明治 [] 昭和 [] 平成 [] 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 ([] 日間) 当院通院期間 自 [] 年 [] 月 [] 日 ([] 日間) 実治療日数 [] 日

傷病名 腰椎椎間板ヘルニア
右膝関節炎
腰痛症

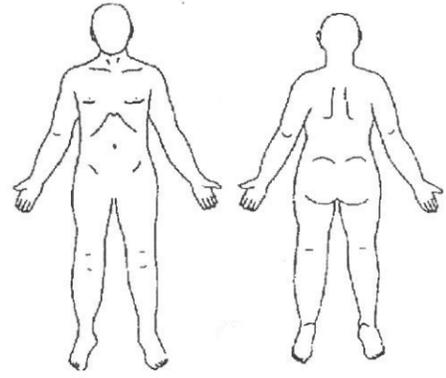
既存障害 今回事故以前の精神・身体障害: (有)・無 (部位・症状・程度)
左坐骨神経痛

自覚症状 右膝関節痛、可動域制限
左坐骨神経痛、右坐骨神経領域のしびれ腰痛

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障害結果

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
明らかな筋力低下はなし
SLR: -/45度で左坐骨神経痛
左坐骨神経領域に頑固なしびれ自覚
MRI (LS): L4/5/S1でヘルニアあり



② 胸腹部臓器・生殖器の障害

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		
右		近点距離・遠点距離 () D	イ. 半盲(1/4半盲を含む) ロ. 視野狭窄 ハ. 暗点 ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください)	イ. まぶたの欠損 ロ. まつげはげ ハ. 開瞼・閉瞼障害
左		() D		
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)	右 左	イ. 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 (図示してください)

◆記入にあたってのお願い

- 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。
- 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。
- 後遺障害の等級は記入しないでください。

オーディオグラムを添付してください

④ 聴力と耳介の障害

検査日	6分平均		最高明瞭度		耳介の欠損
	右	左	dB	dB	
第1回	年 月 日				イ. 耳介の1/2以上 ロ. 耳介の1/2未満 (右⑦欄に図示してください)
第2回	年 月 日				
第3回	年 月 日				

⑤ 鼻の障害

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

⑥ そしゃく・言語の障害

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)

⑦ 醜状障害 (採皮痕を含む)

1. 外ばう 2. 上肢 3. 下肢 4. その他

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

運動障害

前屈	度		後屈	度	
	右	左		右	左

⑨ 体幹骨の変形

イ. 鎖骨 二. 肩甲骨 三. 肋骨 四. 胸骨 五. 骨盤骨 六. 肋骨 (裸体になってわかる程度) 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

短縮 右下肢長 [] cm (部位と原因) 左下肢長 [] cm

関節機能 (健側患側とも記入してください) (日整会方式により自動他動および)

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
股	屈曲	80度	100度	65度	75度			度	度	度	度
	伸展	-10	0	-10	-5						
	外転	0	35	0	30						
	内転	5	15	0	15						
膝	屈曲	100	135	100	130						
	伸展	-25	-5	-40	-35						
足	底展	55	60	55	60						
	背屈	10	15	0	10						

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
右膝痛の改善乏しいため現在は右股関節痛、腰痛も出現。徐々に疼痛増強している。股関節痛、腰痛は膝の屈曲拘縮による姿勢障害の影響が強いと思われるため、今後の膝関節の拘縮改善みこめなければ徐々に増強していく可能性高い。疼痛の増強がさらに進行すればいざい歩行困難となる可能性も考えられる。

上記のとおり診断いたします。

所在地 [] 名称 []

診断日 平成 [] 年 [] 月 [] 日 診療科 []

診断書発行日 平成 [] 年 [] 月 [] 日 医師氏名 []