

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	年 月 日 (歳)
住所	
受傷日時	年 月 日
入院期間	自 年 月 日 () 日間 至 年 月 日 () 日
傷病名	職業
自覚症状	既往 保存 障害 程度

●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・身体障害とをの程度について、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。

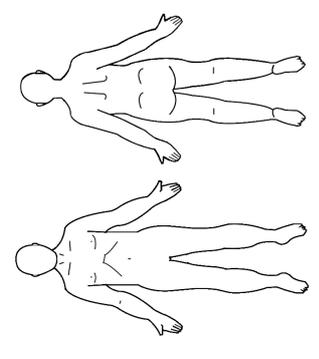
職業	年 月 日
症状固定日	年 月 日
当院期間	自 年 月 日 () 日間 至 年 月 日 () 日
傷病名	既往 保存 障害 程度
自覚症状	今回事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)

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。

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

① 精神・神経の障害

他覚症状および検査結果



② 器・泌尿器の障害

胸腹部臓器生殖器

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 眼耳鼻の障害

視力	調節機能		視野	眼瞼の障害
	視眼矯正	調節力		
右	近点距離 () cm	() D	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・まつげ抜け ハ・開瞼・閉瞼障害
左	近点距離 () cm	() D	イ・正面視 ロ・左右上下視	
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)	右 左	視野表を添付して () () ()	

眼症状の原因となる前眼部・中間透光体・眼底などの多角的所見を①の欄に記入してください (図示してください)

④ オージオグラムを添付してください	聴力表示 イ・感音性難聴 (右・左) ロ・伝音性難聴 (右・左) ハ・混合性難聴 (右・左)	耳介の欠損 イ・耳介の1/2以上 ロ・耳介の1/3未満 (右の欄に図示してください)	⑤ 鼻の障害 イ・鼻軟骨の欠損 (右の欄に図示してください) ロ・鼻呼吸困難 ハ・鼻腔狭窄 ニ・鼻腔閉塞	⑦ 醜状障害 (採皮痕を含む) イ・頭部 ロ・顔面部 ハ・頸部 ニ・上肢 三・下肢 四・その他
⑤ 聴力と耳介の障害	検査日 第1回 年 月 日 第2回 年 月 日 第3回 年 月 日	耳鳴 右・左	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①欄に記入してください)	(大きさ、形態を図示してください)
⑥ 脊髄の障害	運動障害 X-Pを添付してください	イ・頸椎部 ロ・胸椎部 ハ・腰椎部 ニ・仙椎部 (部位と原因)	⑧ 脊髄の障害 イ・脊髄 ロ・脊髄神経根 ハ・脊髄神経 ニ・脊髄神経節 ホ・脊髄神経鞘 ヘ・脊髄神経根鞘 ヘ・脊髄神経根鞘 ヘ・脊髄神経根鞘 ヘ・脊髄神経根鞘	⑨ 骨格の障害 イ・肋骨 ロ・肩甲骨 ハ・肋骨 ニ・肋骨 ホ・肋骨 ヘ・肋骨 ヘ・肋骨
⑩ 上肢・下肢および手指・足指の障害	短縮 右下肢長 () cm 左下肢長 () cm	⑪ 上肢・下肢および手指・足指の障害 欠損 (患部を添付してください)	⑫ 手・指 ⑬ 足・指	⑭ 関節機能障害 関節機能障害 (患部を添付してください)

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
診療科
診断日 年 月 日
診断書発行日 年 月 日
医師氏名 (印)