

残存障害診断書(精神・神経の障害)

				認定番号		
氏名			男・女	生年月日	昭和	年 月 日 (歳)
被災日	年 月 日	治ゆ又は症状固定日		年 月 日		治ゆ 症状固定 日数
入院期間	年 月 日から 年 月 日まで	() 日間	通院期間	年 月 日から 年 月 日まで	実治療日数 () 日	
傷病名	(初診時の症状および経過)			既存障害	(部位・程度・状況等)	
神 経 の 障 害						
症状の程度及び部位						
精 神 の 障 害						
程度及び頻度等	〔痴呆・情意の障害・幻覚・妄想・発作性意識障害・人格変化・その他 ()〕					
知能検査	検査名					記憶障害〔有・無/程度 ()〕
	結果及び評価					情動障害〔有・無/程度 ()〕 失見当識〔有・無/程度 ()〕 知能低下〔有・無/程度 ()〕 判断力障害〔有・無/程度 ()〕 計算力障害〔有・無/程度 ()〕 その他 ()
言語機能障害	1 発声機能の完全喪失 2 中枢性失語症…〔運動性・感覚性・その他 ()〕 3 発音機能障害…発音不能語音 (口唇音・歯舌音・口蓋音・咽頭音) 4 その他			てんかん	原因…〔外傷・その他 ()〕	
					程度及び頻度	服薬 有 無
そ の 他 の 事 項						
日常生活圏	1 病床に限定 2 食事、用便等、短時間の離床は可能 3 通院、自宅周辺等の歩行は可能 4 その他 ()		労働能力	1 現場復帰は可能 2 軽易な雑役務等は可能 3 全く不可能 4 その他 ()		
今後込み						
上記のとおり診断いたします。			所在地			
年 月 日			名 称			
			医師氏名			
㊟						

(注) 該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。