自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

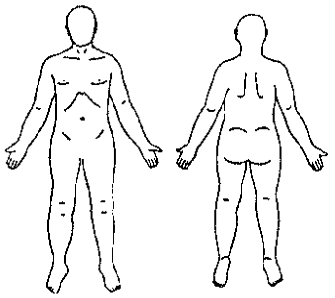
氏名		男・女
生年月日	明治・昭和 大正・平成　年　月　日（　歳）	
住所		

◆記入にあたってのお願い
1．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、できるだけくわしく記入してください。
2．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
3．後遺障害の等級は記入しないでください。

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 至　年　月　日（　）日間	当院通院期間	自　年　月　日 実治療日数 至　年　月　日（　）日
傷病名		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）
自覚症状			

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精神・神経の障害
他覚症状および検査結果
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



②胸腹部臓器・生殖器・泌尿器の障害
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を添付してください

③眼球・眼瞼の障害

	視力 裸眼	視力 矯正	調節機能 近点距離	調節機能 遠点距離	調節機能 調節力
右			cm	cm	（　）D
左			cm	cm	（　）D

視野：イ．半盲（　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）

眼瞼の障害：イ．まぶたの欠損　ロ．まつげはげ　ハ．開瞼・閉瞼障害（図示してください）

眼球運動	注視野障害（全方向½以上の障害） 右 左	複視	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

④聴力と耳介の障害
オージオグラムを添付してください
イ．感音性難聴（右・左）
ロ．伝音性難聴（右・左）
ハ．混合性難聴（右・左）
聴力表示　イ．聴力レベル　ロ．語力損失

検査日		6分平均		最高明瞭度	
第1回	年 月 日	右	dB	dB	%
		左	dB	dB	%
第2回	年 月 日	右	dB	dB	%
		左	dB	dB	%
第3回	年 月 日	右	dB	dB	%
		左	dB	dB	%

耳介の損
イ．耳介の½以上
ロ．耳介の½未満（当⑦欄に図示してください）

耳鳴（聴力レベル30dB以上の純音を伴う耳鳴を対象とします。）　右・左

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．外ぼう　イ．頭部　ロ．顔面部　ハ．頸部　2．上肢　3．下肢　4．その他
（図示してください）

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
X-Pを添付してください

運動障害　イ．頸椎部　ロ．胸腰椎部

前屈	度	後屈	度
右屈	度	左屈	度
右回旋	度	左回旋	度

荷重機能障害　常時コルセット装着の必要性　有・無

⑨体幹骨の変形
イ．鎖骨　ニ．肩甲骨　ロ．胸骨　ホ．骨盤骨　ハ．肋骨
（機体になってわかる程度）
X-Pを添付してください

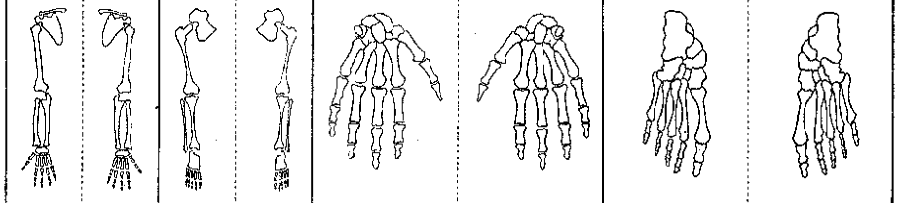
⑩上肢・下肢および手指・足指の障害

短縮			
	右下肢長		cm
	左下肢長		cm

（部位と原因）

長管骨の変形　イ．仮関節　ロ．変形癒合（部位）
X-Pを添付してください

欠損障害（離断部位を図示してください）



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

関節名	運動の種類	他動 右	他動 左	自動 右	自動 左	関節名	運動の種類	他動 右	他動 左	自動 右	自動 左
		度	度	度	度			度	度	度	度

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。

診断日　平成　年　月　日

診断書発行日　平成　年　月　日

所在地
名称
診療科
医師氏名　㊞

A04-80140(3) '07.04 増(1×3)(綴)×冊) T181