

氏名 (フリガナ)		生年月日		昭和 平成 令和 年 月 日生(歳)		性別		男・女						
住所		住所地の郵便番号		都道府県		市区								
① 障害の原因 となった 傷病名		② 傷病の発生日		昭和 平成 令和 年 月 日		診療録で 本人の申 立て(年 月日)		確認 日						
④ 傷病の原因 又は誘因		初診年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)		⑤ 既存 障害		⑥ 既往症		③ ①のため初めて医 師の診療を受けた日						
⑦ 傷病が治った(症状が固定して 治療の効果が期待できない状態 を含む。)かどうか。		傷病が治っている場合 …… 治った日		平成 令和 年 月 日		確認 推定								
		傷病が治っていない場合 …… 症状のよくなる見込		有・無・不明										
⑧ 診断書作成医療機関 における初診時所見 初診年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日)														
⑨ 現在までの治療の内容、期間、経過、その他参考となる事項				診療 回数		年間 回数		月平均 回数						
⑩ 計測 (平成・令和 年 月 日計測)		身長 cm		体重 kg		血圧		最高 最低 mmHg mmHg						
障害の状態 (平成・令和 年 月 日現症)														
⑪ 切断 又は 離断 ・ 変形 ・ 麻痺	切断又は離断日		平成・令和 年 月 日		切断 離断		× 変形		■ 感覚麻痺		▨ 運動麻痺			
	創面治癒日		平成・令和 年 月 日											
	切断又は離断の場合の神経・運動障害		断端の痛み		有・無		すぐ上の関節の異常		有・無		(有の場合は⑩欄に記入してください。)			
	外観		弛緩性		痙直性		不随意運動性		失調性		強剛性		しんせん性	
	起因部位		脳性・脊髄性・末梢神経性・筋性・その他((心因性のものと思われる場合は、その旨を右に記入してください。))											
	種類及びその程度		感覚麻痺(脱失・鈍麻・過敏・異常)					運動麻痺						
	反射		右				左							
			上肢		下肢		バビンスキー反射		その他の病的反射		上肢		下肢	
	その他		排尿障害		有・無		排便障害		有・無		褥創又はその癒痕		有・無	
⑫ 脊柱の 障害	脊柱の他動可動域						随伴する脊髄・根症状などの臨床症状							
	部位		前屈		後屈		右側屈		左側屈		右回旋		左回旋	
	頸部													
⑬ 人工骨頭・ 人工関節の 装着の状態		部位		手術日		平成・令和 年 月 日		⑭ 握力		右		左		
										kg		kg		
⑮ 手(足) 指関節の 可動域	部位		母指		示指		中指		環指		小指			
			屈曲		伸展		屈曲		伸展		屈曲		伸展	
	中手(足)指節間関節(MP)		右											
			左											
近位指節間関節(PIP) (母指では指節間関節)		右												
		左												

「診療録で確認」または「本人の申立て」のどちらかを○で囲み、本人の申立ての場合は、それを聴取した年月日を記入してください。

(お願い) 障害の状態は、診療録に基づいてわかる範囲で記入してください。

(お願い) 太文字の欄は、記入漏れがないように記入してください。

本人の障害の程度及び状態に無関係な欄には記入する必要はありません。(無関係な欄は、斜線により抹消してください。)

