別紙２

**残　存　障　害　診　断　書（精神・神経の障害）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 認定番号 |  |
| 氏名 |  | 生年月日 | 　　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 |
| 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 　　　実治療日数　　 　年　　月　　日まで　　　 （　　　）日 |
| 傷 病 名 | （初診時の症状及び経過） | 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（　　　　　　　　　　　）〕　情動障害　〔有・無／程度（　　　　　　　　　　　）〕　失見当職　〔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　〔有・無／程度（　　　　　　　　　　　）〕 |
| 　検査結果及び評価 |
| 言語機能の障害 | １　発生機能の完全喪失２　中枢性失語症・・・〔運動性・感覚性・その他（　　　　）〕３　発音機能障害・・・発音不能御音（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 |
| 日常生活の範囲 | 　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　現職復帰は可能　２　軽易な雑役務等は可能　３　全く不可能　４　その他 |
| 今後の見込み |  |
| 　　上記のとおり診断いたします。 　　  　　　 名　　　称 　 年　　月　　日 　　 医 師 氏 名 　 |

　　記入上のご注意　 該当事項に○印をつけ必要事項をご記入下さい。