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。