

# ご記入にあたってのご説明

本証明書内の日付は和暦でご記入ください。

## 記入見本

### 障害診断書兼入院・手術証明書

1氏名	かんば 太郎	カルテ番号( )	性別	男性	生年月日	明治 23 年 10 月 3 日
2傷病名	確定診断された場合は確定診断後の傷病名 傷病が複数ある場合は、傷病ごとに番号を付け、どの傷病に対する入院・手術をご記入ください。		傷病発生日月(症状出現日または異常指摘日等)			昭和 7 年 2 月 10 日
ア 障害の原因または入院等の治療を行った傷病名	①胃癌(原発) ②肝転移		入院等の治療を始めた日			昭和 7 年 2 月 10 日
イ アの原因	不明		傷病発生日月(症状出現日または異常指摘日等)			昭和 7 年 2 月 10 日
3前医紹介	有 無		治療期間		昭和 7 年 2 月 10 日	昭和 7 年 3 月 末頃
4診療期間	初診		昭和 7 年 4 月 1 日		昭和 7 年 8 月 30 日	現在加療中
5入院期間	第1回入院		昭和 7 年 4 月 10 日		昭和 7 年 5 月 15 日	現在入院中
第2回入院	昭和 7 年 5 月 27 日		昭和 7 年 7 月 10 日		昭和 7 年 7 月 10 日	現在入院中
第3回以降	昭和 7 年 8 月 1 日		昭和 7 年 8 月 30 日		昭和 7 年 8 月 30 日	現在入院中
6今回の傷病に関して実施した手術等	臓器穿孔、組織採取		手術部位		昭和 7 年 4 月 11 日	手術内容
第1回手術	臓器穿孔、組織採取		手術部位		昭和 7 年 4 月 11 日	手術内容
第2回手術	臓器穿孔、組織採取		手術部位		昭和 7 年 4 月 18 日	手術内容
第3回以降	臓器穿孔、組織採取		手術部位		昭和 7 年 4 月 18 日	手術内容
7放射線治療	放射線名称		昭和 7 年 4 月 18 日		昭和 7 年 4 月 18 日	昭和 7 年 4 月 18 日
8先進医療	先進医療の技術名		昭和 7 年 4 月 18 日		昭和 7 年 4 月 18 日	昭和 7 年 4 月 18 日
9悪性新生物の場合	悪性新生物の技術名		昭和 7 年 4 月 18 日		昭和 7 年 4 月 18 日	昭和 7 年 4 月 18 日
10告知病名	本人に病名を		昭和 7 年 4 月 18 日		昭和 7 年 4 月 18 日	昭和 7 年 4 月 18 日

## 傷病名

### ア 障害の原因または入院等の治療を行った傷病名

○障害の原因または入院等の治療を行った傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)を全てご記入ください。入院等の治療とは、入院・手術・生検・放射線治療(診療報酬点数表で「放射線料」が算定される電磁波温熱療法を含みます。)\*先進医療による治療を指します。  
○悪性新生物の場合、原発、再発、転移、播種が分かるときにはその旨をご記入ください。  
○外因による場合はチェックボックスにチェックをし、その原因をご記入ください。外因によるものの明確なエピソードが不明の場合はチェックをした上で、その旨を原因欄にご記入ください。外因が原因でない傷病が含まれる場合は原因を書き分けてご記入ください。  
○「入院等の治療を始めた日」欄には、入院・手術・生検・放射線治療(診療報酬点数表で「放射線料」が算定される電磁波温熱療法を含みます。)のうち最も早く始めた治療の日付を記載し、その治療内容を選択してください。なお、生検の場合は「手術」を選択してください。

### ◆傷病が複数ある場合

○傷病ごとに番号を付け、「5 入院期間」「6 手術等」欄において、どの傷病に対する入院・手術かをご記入ください。

## イ アの原因

○アの原因となった傷病名、傷病発生日月(症状出現日または異常指摘日等)をご記入ください(原因が明らかでない場合は、「不明」とご記入ください。)  
○アの原因となった傷病がケガの場合は受傷原因(交通事故、転落等)をご記入ください。

## 前医 紹介医

○治療期間、医療機関名等お分かりになる範囲でご記入ください。  
○治療期間が分からない場合には、前医または紹介医の初診日をご記入ください。

## 診療期間

○貴院における2項ア「障害の原因または入院等の治療を行った傷病名」の傷病に関する最初の診察日をご記入ください(貴院他科での診察を含みます。)  
○診断書の証明日時点での診療状況(現在加療中・終診)を選択してください。

## 放射線治療

○照射中の場合は、放射線名称、部位、期間、総線量等、照射済み(照射予定のものは含みません。)の範囲でご記入ください。  
○照射部位が複数ある場合は、部位ごとに期間、総線量等をご記入ください。

## 先進医療

○貴院にて評価療養としての施行が認められている先進医療か否かにかかわらずご記入ください。  
○「先進医療技術料(減免・助成金額を含みます。)」には、公的医療保険制度の保険給付の対象となる費用(自己負担部分を含みます。)、先進医療以外の評価療養のための費用、選定療養のための費用、食事療養のための費用、生活療養のための費用など、先進医療にかかる技術料以外の費用は含みません。  
○「当該先進医療の届出受理年月日」には、貴院における当該先進医療の受理年月日をご記入ください。

## 悪性新生物の場合

○今回の傷病が悪性新生物(上皮内癌およびCINII、IIIを含みます。)の場合に、診断結果をご記入ください。  
○病理組織診断を実施した場合は、その診断結果、(p)TNM分類、診断確定日をご記入ください。ただし、病理組織診断、(p)TNM分類は手術欄に記入された手術、生検等で診断、判定されたものをご記入ください。  
なお、病理組織診断確定日は生検もしくは手術標本等、いずれか最初に病理の組織診断が確定された日をご記入ください。生検日、手術日、病期の診断確定日ではありませんので、ご注意ください。  
○病理組織診断のために生検を行った場合は、生検の内容について、手術欄にご記入ください。

## 告知病名

○本人に病名を告知した場合にご記入ください(ご家族へ告知した場合は、ご記入は不要です。)

## 病院または診療所名

○「病院または診療所」とは、医療法に定める病院または診療所をいいます(介護保険法に定める介護医療院および柔道整復師法に定める施術所を含みます。)

## 入院期間

○介護医療院の場合は入所(療養)期間をご記入ください。  
○今回の傷病を原因として入院した期間を漏れなくご記入ください(入退院日が同一の場合(日帰り入院)もご記入ください。)  
○治療を要しない入院(美容整形等)や、介護老人保健施設への入所(療養)は含みません。  
○入院ごとに、現在の状況(現在入院中・退院)を選択し、退院している場合は、退院理由を選択してください。  
○入院の原因となった傷病の治療のため貴院内で転科した場合は、転入院・転科入院を選択してください。なお、介護老人保健施設等へ介護を目的として転院・転所した場合は要療養を選択してください。  
○傷病が複数ある場合は、「上記傷病の番号」欄に、どの傷病に対する入院かをご記入ください。  
○外来の場合は「入院期間」欄のご記入は不要です。  
入退院日が同一(日帰り入院)の場合は入院基本料(DPC・短手3等含みます。)の算定有無をご記入ください。

### ◆分娩による入院の場合

○上記入院期間中に健康保険が適用されない入院期間がある場合には、その期間をご記入ください。  
○上記入院期間中に分娩した場合には、分娩日をご記入ください。

## 手術等

○今回の傷病に関して実施した手術等を全てご記入ください。  
実際に施した手術名が、厚生労働省の通知等に基づき、診療報酬の申請で適用した名称と異なる場合は、実際に施した手術名をご記入ください。診療報酬点数区分番号は、診療報酬の申請で適用した区分番号をご記入ください(下記の例示のとおりご記入ください。)  
・「切創等の創傷によって生じた固有指の伸筋腱の断裂の単なる縫合(6歳以下)」の場合  
正: 縫合手術 □医科 □K 000-00-02  
誤: 創傷処理(筋肉、臓器に達するもの(直径5cm以上10cm未満)) □医科 □K 000-00-02  
○分娩による手術でかつ、健康保険が適用されない手術である場合には、「健康保険非適用」欄にチェックしてください。  
○診療報酬点数区分番号は下記の例示のとおり7桁でご記入ください(1~3桁目に区分番号、4・5桁目に技番、6・7桁目に項番をご記入ください。項番内訳(イ・ロ・ハ等)については記入不要です。)。なお、医科Dコードは生検を実施した場合にご記入ください。  
・「肝悪性腫瘍ラジオ波焼灼療法(一連として)(2cm以下のもの)(腹腔鏡によるもの)」の場合  
□医科 □K 697-03-01  
○内視鏡には喉頭鏡のほか、気管支鏡、子宮鏡等も含まれます。  
○生検は契約によってはお支払対象となるものがあります。開胸・開腹による臓器穿孔、組織採取についてもご記入ください。なお、病理組織診断の結果、悪性新生物と判定した場合は、「悪性組織を摘出した」欄にチェックしてください。

## 障害診断書兼入院・手術証明書作成にあたってのお願い

「障害診断書兼入院・手術証明書」（以下「診断書」）はお客さまに保険金などを迅速にお支払いする上で極めて重要な書類です。

お忙しいことと存じますが、正確なご記入をよろしくお願いいたします。

### ○ご記入にあたって

- ・この表紙の表面だけでなく、裏面にも「ご記入にあたってのご説明」と「記入見本」を掲載しておりますので、ご参照ください。
- ・「診断書」の各項目に記載しきれない場合は、別紙にご記入いただいても結構です。その際には、当欄に「別紙あり」とご記入いただき、別紙についても証明印を押印してください。
- ・訂正・追記・削除された場合は、医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による訂正印を必ず押印してください。
- ・ご記入いただいた内容に不明な点がある場合には、当社からお電話等で照会・確認させていただくことがございます。

### ○ご記入が終わりましたら

- ・患者さまにお渡しいただく際には、表紙「障害診断書兼入院・手術証明書作成にあたってのお願い」部分を切り取って「障害診断書兼入院・手術証明書」のみを専用の封筒に入れてお渡しください。
- ・患者さまが専用封筒を持参されなかった場合は、貴院の封筒をご使用いただきますようお願いいたします。
- ・ご不明な点等がございましたら、フリーダイヤル【0120-552-950】にお電話いただき、音声ガイダンスに従い電話機の【4】を押してお問い合わせいただきますようお願いいたします。

当社お客さま相談室へ接続されます。

受付時間： 平日 9:00～17:00

（土日休日、12月29日～1月3日を除きます。）

## ご留意いただきたい点および記入見本

### 11 既存の障害

<input checked="" type="checkbox"/> 有	今回の傷病に及ぼした影響についてご記入ください。
<input type="checkbox"/> 無	令和2年頃、変形性股関節症で右股関節に人工骨頭挿入をしている。 今回の転倒により破損したため、再置換を行った。

11

### 既存の障害

- 今回の受診前の患者さまの障害の有無について選択してください。
- 今回の受診前から患者さまに障害があった場合は、その障害の内容およびその障害が今回の傷病に及ぼした影響をご記入ください。

### 14 現在の障害の回復の見込み

※固定年月日については、身体障害の状態が固定した日をご記入ください。	障 害 名	固定の有無			回復の見込み			固定年月日
	股関節機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	令和4年 7月 21日
	言語機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	令和5年 4月 5日
	視力障害	<input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	令和5年 9月 15日

14

### 現在の障害の回復の見込み

- 患者さまの障害についてその障害名を記入し、固定の有無、回復の見込みを選択してください。障害の状態が固定しているのであれば、固定年月日をご記入ください。
- 障害が複数ある場合は、それぞれの障害についてご記入ください。
- 固定とは、その障害の状態が固定し、かつ、その回復の見込みが全くないことを医学的に認められたことをいいます。
- 障害の部位によって、回復の可能性が異なる場合は、部位ごとに分けてご記入ください。



18001500015005



裏面にも「ご記入にあたってのご説明」と「記入見本」を掲載しておりますので、ご確認ください。

# 障害診断書兼入院・手術証明書

1 氏 名		カルテ番号( )		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	生年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		
2 傷 病 名 (確定診断された場合は確定診断後の傷病名)						傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等)			
ア 障害の原因または入院等の治療を行った傷病名		傷病が複数ある場合は、傷病ごとに番号を付け、どの傷病に対する入院・手術かをご記入ください。  <input type="checkbox"/> 上記が外因による場合はチェックし、その原因をイ欄にご記入ください。				<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 年 月 日 <input type="checkbox"/> 異常指摘			
						入院等の治療を勧めた日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 入 院 <input type="checkbox"/> 手 術 年 月 日 <input type="checkbox"/> 放射線治療			
		イ アの原因		傷病が複数ある場合は、上記傷病の番号を付けてご記入ください。				傷病発生年月日(症状出現日または異常指摘日等) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 症状出現 <input type="checkbox"/> 異常指摘 年 月 日 <input type="checkbox"/> 事故発生	
3 前 医 紹介医		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	治療 期 間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日		医療機関名			
4 診療期間		初診 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日					<input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 終 診		
5 入院期間		第1回入院		上記傷病の番号 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 日帰り入院の場合 入院基本料 (DPC・短手3等) の算定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記もご記入ください。) <input type="checkbox"/> 治癒退院 <input type="checkbox"/> 通院、療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院 <input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院			
		第2回入院		上記傷病の番号 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 日帰り入院の場合 入院基本料 (DPC・短手3等) の算定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 現在入院中 <input type="checkbox"/> 退院(下記もご記入ください。) <input type="checkbox"/> 治癒退院 <input type="checkbox"/> 通院、療養とも不要 <input type="checkbox"/> 要通院 <input type="checkbox"/> 要療養 <input type="checkbox"/> 転入院・転科入院 <input type="checkbox"/> 死亡退院			
		第3回以降		3回目以降の入院があれば、[上記傷病の番号]、[入院期間]、[日帰り入院の場合は入院基本料の算定有無]、[現在入院中・退院時の状況]をご記入ください。					
		分娩による入院の場合		上記入院期間中に健康保険が適用されない期間 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日					分娩日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
6 今回の傷病に関して実施した手術等		第1回手術		上記傷病の番号 手術名 手術部位 診療報酬点数区分 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 両		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
				手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術 手術内容 筋骨(骨・関節・筋・腱・靱帯)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 自家骨移植術の場合(採骨部位) 悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない <input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合25cm <sup>2</sup> 以上におよぶ手術					
		第2回手術		上記傷病の番号 手術名 手術部位 診療報酬点数区分 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 医科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> 両		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
				手術目的 <input type="checkbox"/> 治療 <input type="checkbox"/> 針生検 <input type="checkbox"/> その他生検 <input type="checkbox"/> 化学療法 <input type="checkbox"/> 手指・足指の場合、MP関節を含めて中枢側におよぶ手術 手術内容 筋骨(骨・関節・筋・腱・靱帯)手術の場合 <input type="checkbox"/> 観血 <input type="checkbox"/> 非観血 自家骨移植術の場合(採骨部位) 悪性組織を <input type="checkbox"/> 摘出した <input type="checkbox"/> 摘出しない <input type="checkbox"/> 植皮(皮弁)術の場合25cm <sup>2</sup> 以上におよぶ手術					
第3回以降		3回目以降の手術があれば、[上記傷病の番号]、[手術名]、[手術部位]、[診療報酬点数区分]、[手術日]、[手術種類]、[手術内容]をご記入ください。							
7 放射線治療		放射線名称		<input type="checkbox"/> 電磁波温熱療法 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 体外照射 粒子線治療( <input type="checkbox"/> 重粒子線 <input type="checkbox"/> 陽子線) <input type="checkbox"/> 密封小線源治療 <input type="checkbox"/> 内用療法( <input type="checkbox"/> 甲状腺癌・131I <input type="checkbox"/> 骨転移・89Sr <input type="checkbox"/> リンパ腫・90Y <input type="checkbox"/> 前立腺癌・223Ra) <input type="checkbox"/> その他( )					
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L		部位	期間	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日			
				総線量	Gy				
8 先進医療		厚生労働大臣が定める「先進医療」の技術名 実施日(期間) <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ~ 年 月 日				当該先進医療の届出受理年月日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
		先進医療技術料 ※減免・助成金額を含みます。				円			
9 悪性新生物の場合		病理組織診断名		(p)TNM分類		T( ) N( ) M( )			
				病理組織診断確定日		<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日			
10 告知病名		本人に病名を [ <input type="checkbox"/> 上欄「2 傷病名」と同じ・ <input type="checkbox"/> 病名( ) ] と告げた。							

(お願い)

2 1

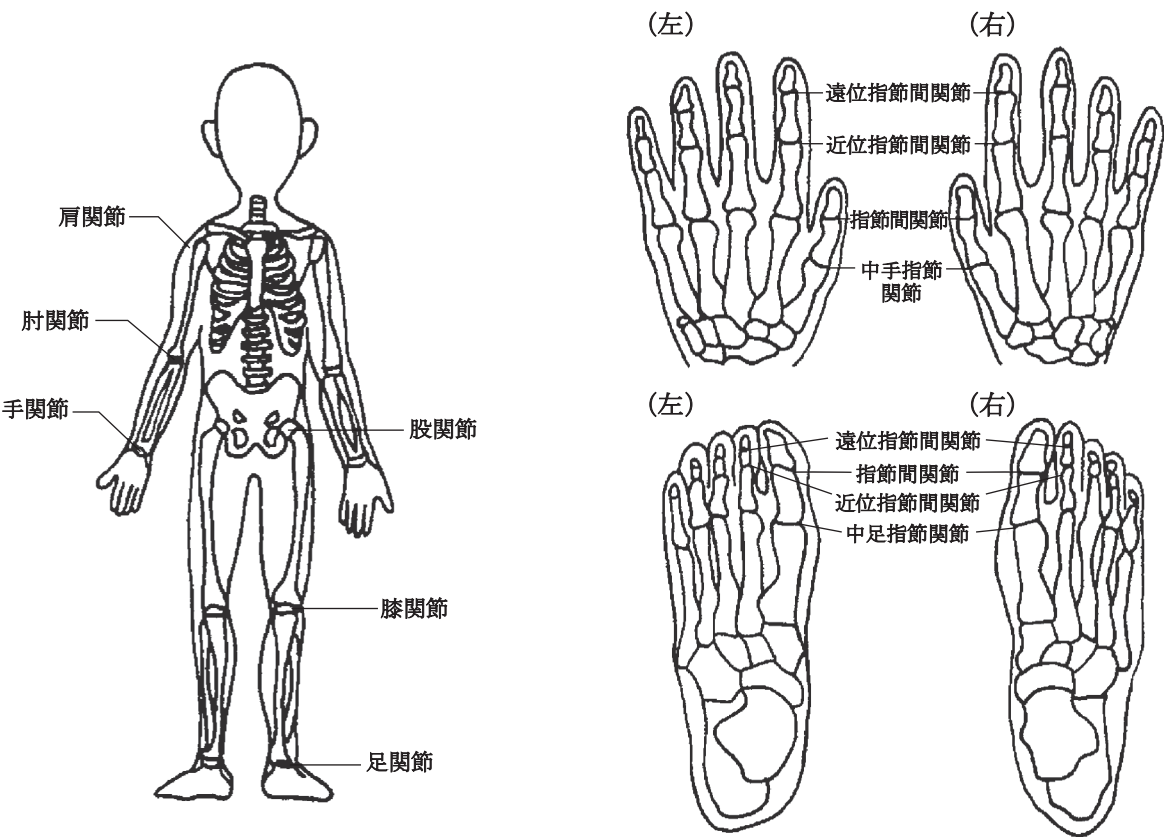
訂正・追記・削除された場合は、下部医師氏名欄に押印する印章と同一の印章による訂正印の押印を必ずお願いします。

11 既存の障害		
<input type="checkbox"/> 有	今回の傷病に及ぼした影響についてもご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 無		
12 現在の身体障害の状態		
(1) 精神、神経、胸腹部臓器の障害		
ア 自覚症状		
イ 他覚的所見および検査結果		
ウ 日常生活動作が制限されている状況		
① 全般的な状況（安静度についてもご記入ください。）		
② 日常生活動作の状況（次の各項目について該当するものを選択してください。 また、その状況について、各項目ごとに具体的にご記入ください。）		
項目	状況	具体的に
歩行	<input type="checkbox"/> ア ひとりで歩ける。 <input type="checkbox"/> イ 杖、装具等を使用すればひとりで歩ける。 <input type="checkbox"/> ウ 杖、装具等を使用しても、他人の介助によらなければ歩けない。 <input type="checkbox"/> エ 歩けないので、常時ベッド周辺の生活である。	外力を排して自力歩行可能な距離 _____m
排尿・排便	<input type="checkbox"/> ア ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> イ 特別の器具によりできる。 <input type="checkbox"/> ウ 特別の器具によりできるが、後始末ができない。 <input type="checkbox"/> エ 介助者がすべて手伝っている。常時おしめを使用している。	
食事	<input type="checkbox"/> ア ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> イ 食器類、食物を選定、工夫すればできる。 <input type="checkbox"/> ウ 食器類、食物を選定、工夫しても、他人の介助によらなければ困難である。 <input type="checkbox"/> エ 介助者がすべて食べさせている。	
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> ア ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> イ 衣服等を工夫すれば、ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> ウ 衣服等を工夫しても、他人の介助によらなければできない。 <input type="checkbox"/> エ 介助者がすべて行っている。	
立ち座る 上る 下る	<input type="checkbox"/> ア ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> イ ものをつかむ等の工夫をすれば、ひとりでできる。 <input type="checkbox"/> ウ ものをつかむ等の工夫をしても、他人の介助によらなければできない。 <input type="checkbox"/> エ 介助者がすべて行っている。	
その他	長谷川式認知症スケール(HDS-R) _____点 (測定 年 月 日) ミニメンタルステート検査(MMSE) _____点 (測定 年 月 日)	

(裏面もご記入ください)

(2) 離切断等および偽関節(仮関節)

ア (離切断 年 月 日)  
[ 離切断の箇所を明確に線で区切ってください。また、既存の離切断がある場合は、喪失部分を斜線で示してください。 ]



イ 偽関節 (仮関節)  
下記の部位に仮関節を残す場合、該当する部位を選択してください。  
(右) ☐ 上腕骨 ☐ 橈骨 ☐ 尺骨 ☐ 大腿骨 ☐ 脛骨  
(左) ☐ 上腕骨 ☐ 橈骨 ☐ 尺骨 ☐ 大腿骨 ☐ 脛骨

(3) 関節の自動運動の範囲

(測定 年 月 日)  
(他の関節運動の測定値があれば、右欄 (13) にご記入ください。)(単位: 度)

上肢	肩 関 節			肘 関 節			手 関 節							
		右	左		右	左		右	左					
	屈曲度			屈曲度			屈曲度							
	伸展度			伸展度			伸展度							
下肢	股 関 節			膝 関 節			足 関 節							
		右	左		右	左		右	左					
	屈曲度			屈曲度			底屈度							
	伸展度			伸展度			背屈度							
手指又は足指のどちらかを選択してください。	□	手指	手指・足指の別	第 1 指		第 2 指		第 3 指		第 4 指		第 5 指		
				伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	伸展度	屈曲度	
	□	足指	右	中手（足）指節関節										
				近位指節間関節										
	□	足指	左	中手（足）指節関節										
				近位指節間関節										
	第 1 指は、「近位指節間関節」欄に指節間関節についてご記入ください。													
	脊柱	頸部脊柱	屈曲度		胸腰部脊柱				屈曲度					
			伸展度						伸展度					

(4) 脊柱の変形	(5) 下肢短縮
下記のうち、該当するものを選択してください。  通常の上服を着ていても外部から脊柱の変形が明らかに ( <input type="checkbox"/> わかる <input type="checkbox"/> わからない )	下肢長 右 _____ cm 下肢長 左 _____ cm

(6) 視覚障害

(測定年 月 日)

	視力			視野								単位：度	
	裸眼	矯正	(コンタクトレンズを含む)	上	上外	外	外下	下	下内	内	内上	合計	
右眼													
左眼													

(複視の場合には、以下の選択肢の該当するものを選択してください。)

両眼正面視において複視が生じている☐ はい☐ いいえ

(7) 聴覚障害（オーディオメーターによる検査成績）

(8) 平衡機能障害（内耳の損傷によるもの）

(測定年 月 日)

<聴力レベル>

周波数	500Hz	1,000Hz	2,000Hz	4,000Hz
右耳	d B	d B	d B	d B
左耳	d B	d B	d B	d B

(測定年 月 日)  
眼を開いて直線を10メートル歩行した場合、下記のいずれに該当しますか。該当するものを選択してください。  
☐ ア 転倒する。  
☐ イ 著しくよろめいて歩行を中断する。  
☐ ウ 中断することなく歩行できる。

(9) 言語機能障害

下記ア～エに該当する障害およびa～dに該当する状態をそれぞれ選択してください。(測定年 月 日)

☐ ア 発声機能の完全喪失  
☐ イ 中枢性失語症  
(☐ 運動性 ☐ 感覚性 ☐ その他( ))  
☐ ウ 構音障害（発音不能）  
(☐ 口唇音 ☐ 歯舌音 ☐ 口蓋音 ☐ 喉頭音 )  
☐ エ その他( )

☐ a 言語機能の喪失（音声言語による意思の疎通が全くできない）  
☐ b 言語機能の著しい障害（身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意思の疎通が困難である）  
☐ c 言語機能の障害（簡単な単語の発話により意思の疎通がcaろうじて可能）  
☐ d その他( )

(10) そしゃく機能の障害

(11) 味覚障害

(測定年 月 日)

下記のうち、該当するものを選択してください。  
☐ ア 流動食以外は摂取できない。  
☐ イ 粥食又はこれに準じる程度の飲食物以外のものは、とることができない。  
☐ ウ ある程度の固形物は摂取できるが、これに制限があつて、そしゃくの機能が十分でない。

(測定年 月 日)  
試験紙および薬物による検査の結果、下記のいずれに該当しますか。該当するものを選択してください。  
☐ ア 全く反応がない。  
☐ イ ある程度の反応はある。

(12) 鼻の障害

(13) (1) ～ (12) の障害の原因およびその他特記事項

(測定年 月 日)

ア 両側の鼻呼吸の障害の有無☐ 有・☐ 無  
イ 両側の嗅覚の脱失☐ 有・☐ 無  
ウ 鼻軟骨の欠損がありましたら、その部位および程度を右欄(13)にご記入ください。

13 請求意思能力

現在、本人には保険金等を請求する意思能力がありますか。（現在の状況がご不明（死亡を含みます）の場合はチェック不要です。）☐ 有☐ 無

14 現在の障害の回復の見込み

※固定年月日については、身体障害の状態が固定した日をご記入ください。	障害名	固定の有無	回復の見込み	固定年月日
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	年 月 日
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明	年 月 日

上記のとおり証明する。令和 年 月 日

郵便番号  
所在地  
名称  
病院または診療所名  
科 名  
医師氏名  
電話番号

印