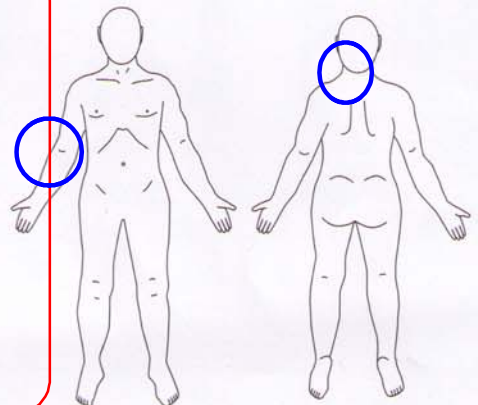




# 自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

氏名			男・女		
生年月日	明・大 昭・平 年 月 日 ( 歳)				
住所			職業		
受傷日時	年 月 日		症状固定日 年 月 日		
当院入院期間	自至 年 月 日 ( )日間		当院通院期間 自至 年 月 日 実治療日数 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	<p>(※1)                  言い忘れがないよう、事前に「私の自覚症状について」として文書を持参しましたので、これをご参考にしていただきたいと思います。場合によってはこの文書を添付して「添付の『私の自覚症状について』のとおり」と書いていただいてももちろん結構です。</p>				
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 他覚症状および神経の検査結果	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				
	<p>(※2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「別紙の検査票のとおり」と書いていただくか、またはその検査結果をこちらに直接記載してください。</li> <li>・その他に画像所見などございましたら、記載していただきたいです。</li> <li>・可能であれば、上記検査(誘発テスト、徒手テスト等)の結果と自覚症状(肩や腕のしびれ)との関連性を記載していただくと助かります。</li> </ul>				
② 胸部・泌尿器・生殖器の障害	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表を添付してください				
③ 眼球・眼瞼の障害	視力		調節機能	視野	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
	裸眼	矯正	近点距離・遠点距離	調節力	
	右		cm cm ( )D	イ.半盲(1/4半盲を含む) ロ.視野狭窄 ハ.暗点 ニ.視野欠損	
	左		cm cm ( )D	(視野表を添付して) ください	
眼球運動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害) 右 左		複視	イ.正面視 ロ.左右上下視	(図示してください)
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					