

④聴力と耳介の障害	オーディオグラムを添付してください				耳介の欠損	⑤鼻の障害	⑦醜状障害(採皮痕を含む)			
	イ. 感音性難聴(右・左) ロ. 伝音性難聴(右・左) ハ. 混合性難聴(右・左)		聴力表示 イ. 聴力レベル ロ. 聴力損失		イ. 耳介の½以上 ロ. 耳介の½未満 (右②欄に図示してください)	イ. 鼻軟骨部の欠損 (右②欄に図示してください) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚脱失 ニ. 嗅覚減退	1. 外ぼう 2. 上肢 イ. 頭部 3. 下肢 ロ. 顔面部 4. その他 ハ. 頸部			
	検査日	6分平均	最高明瞭度							
	第1回	年 月 日	右	dB	dB	%	耳 鳴	⑥そしゃく・言語の障害		
		年 月 日	左	dB	dB	%				
	第2回	年 月 日	右	dB	dB	%			右 ・ 左	原因と程度(摂食可能な食物、発音不能な語音などを左面①欄に記入してください)
年 月 日		左	dB	dB	%					
第3回	年 月 日	右	dB	dB	%	(大きさ、形態等を図示してください)				
	年 月 日	左	dB	dB	%					

⑧脊柱の障害	圧迫骨折・脱臼(椎弓切除・固定術を含む)の部位				イ. 頸椎部		ロ. 胸腰椎部		荷重機能障害	常時コルセット装用の必要性 有 ・ 無	⑨体幹骨の変形	イ. 鎖骨 二. 肩甲骨 ロ. 胸骨 ホ. 骨盤骨 ハ. 肋骨 (厚紙に於てわかる程度) X-Pを添付してください
	X-Pを添付してください				前 屈	度	後 屈	度				
					右 屈	度	左 屈	度				
					右回旋	度	左回旋	度				

⑩上肢・下肢および手指・足指の障害	短	右下肢長	cm	(部位と原因)	長管骨の変形	イ. 仮関節 (部位)	ロ. 変形癒合
	縮	左下肢長	cm				

X-Pを添付してください

欠 障 損 害 (離断部位を指示)	上 肢	下 肢	手 指	足 指
	(右) (左)	(右) (左)	(右) (左)	(右) (左)

関 節 機 能 障 害 (健側とも記入してください) (日整会方式により自動他動および)	関節名	運動の種類	他 動		自 動		関節名	運動の種類	他 動		自 動		
			右	左	右	左			右	左	右	左	
			度	度	度	度				度	度	度	度

障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください

上記のとおり診断いたします。

診 断 日 平成 年 月 日
 診断書発行日 平成 年 月 日

所 在 地
 名 称
 診 療 科
 医師氏名

