

# 障害診断書

SOMPOひまわり生命

障害診断書をご記入いただくにあたってのお願い

ご担当の先生へ

以下の記入上の留意点をご確認いただき、記入をお願いいたします。

項目			記入上の留意点																						
2	ア. 入院・手術等の原因(契機)となった傷病		●原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。 ●原因となった傷病名(確定診断された場合は確定診断後の傷病名)と傷病の発生日月日をご記入いただく項目です。																						
	イ. アの原因		●アの原因となった傷病や事故(交通事故・転落等)があれば記入してください。 ●原因となった傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。																						
	ウ. 合併症		●該当する傷病が複数ある場合は、すべて記入してください。																						
	エ. アの初診日		●貴院におけるアの傷病に関する最初の診療日を記入してください。 ●貴院他科での診療を含めて記入してください。																						
3	前医・紹介医		●アの前医または紹介医があれば、記入してください。ない場合は「無」に○を記入してください。																						
4	入院期間		●「医療保険届出病床」とは、医療法の規定に基づき許可を受けた病床の登録があることを指します。 ●「入院期間(1)～(3)」および「4回目以降」は、入院料を算定した期間を記入してください。 ●入院が1日の場合は、入院日と退院日に同日を記入してください。 ●「退院」「現在入院中」のいずれかに☑を記入してください。 ●公的医療保険が適用されない入院がある場合は、「自費(妊娠・分娩含む)・労災・自賠責・介護保険・その他」のいずれかに☑を記入してください。「その他」の場合は、具体的な理由を記入してください。																						
5	手術・処置	手術名・手術日	●診療報酬点数表で「手術料」が算定される手術はすべて記入してください。「内視鏡的止血術」、「気管切開術」、「胃ろう造設術」等を行った場合も、もれなく記入してください。(ただし、診断・検査のみを目的とする手術は除きます。) ●診療報酬点数表において、一連の治療過程に連続して行い、「手術料」が1回のみ算定される手術は同一手術欄にすべての手術日を記入してください。 <div>例) 網膜光凝固術、体外衝撃波結石破砕術 など</div> ●コードの記入方法は、以下の例を参考にしてください。 <div>例) <div><div><div>Ⓚ</div></div><div>718 - 00 ( 2 )</div></div></div>																						
		診療報酬点数区分	●「K」か「J」のいずれかに○を記入してください。																						
		手術種類、手術の内容	●「手術種類」には、以下別表より該当する手術の術式の番号を記入してください。 ●「手術の内容」には、以下別表よりa～fの項目のうち該当する項目に番号を記入してください。 【別表】 ●手術種類 <table><tr><td>①開頭術</td><td>②穿頭術(新たな穿頭による)</td><td>③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)</td><td>④開胸術</td><td>⑤胸腔鏡</td><td>⑥開腹術</td></tr><tr><td>⑦腹腔鏡</td><td>⑧経皮的(穿刺処置除く)</td><td>⑨経尿道的</td><td>⑩経腔的</td><td>⑪眼科レーザー</td><td>⑫カテーテルによる手術</td></tr><tr><td>⑬膀胱鏡</td><td>⑭子宮鏡</td><td>⑮喉頭直達鏡</td><td>⑯その他の内視鏡</td><td>⑰その他</td><td></td></tr></table> ●手術の内容 <table><tr><td>a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血</td><td>b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢</td></tr><tr><td>c. 筋・腱・靱帯へ操作が ①及ぶ ②及ばない</td><td>d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕・大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)</td></tr><tr><td>e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm<sup>2</sup>以上 ②25cm<sup>2</sup>未満</td><td>f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP</td></tr></table>	①開頭術	②穿頭術(新たな穿頭による)	③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)	④開胸術	⑤胸腔鏡	⑥開腹術	⑦腹腔鏡	⑧経皮的(穿刺処置除く)	⑨経尿道的	⑩経腔的	⑪眼科レーザー	⑫カテーテルによる手術	⑬膀胱鏡	⑭子宮鏡	⑮喉頭直達鏡	⑯その他の内視鏡	⑰その他		a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢	c. 筋・腱・靱帯へ操作が ①及ぶ ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕・大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)
①開頭術	②穿頭術(新たな穿頭による)	③穿頭術(既存の穿頭穴を使用)	④開胸術	⑤胸腔鏡	⑥開腹術																				
⑦腹腔鏡	⑧経皮的(穿刺処置除く)	⑨経尿道的	⑩経腔的	⑪眼科レーザー	⑫カテーテルによる手術																				
⑬膀胱鏡	⑭子宮鏡	⑮喉頭直達鏡	⑯その他の内視鏡	⑰その他																					
a. 骨・関節に対する手術の場合 ①観血 ②非観血	b. 手指・足指に対する手術の場合、MP関節より ①中枢 ②関節上 ③末梢																								
c. 筋・腱・靱帯へ操作が ①及ぶ ②及ばない	d. 血管内カテーテルによる手術の場合、病変の局在 ①上腕・大腿動静脈より遠位 ②四肢以外(中枢側)																								
e. 植皮術または遊離皮弁術の場合、その面積 ①25cm <sup>2</sup> 以上 ②25cm <sup>2</sup> 未満	f. 水頭症に対するシャント手術の場合 ①VP ②VA ③LP																								

項目		記入上の留意点
6	放射線・温熱療法	●照射中の場合は、療法名、期間、部位、総線量など照射済みの範囲で記入してください。 ●「グレイ」、「B q」、「m c i」はいずれかを○で囲んでください。
7	経過	●7項をご記入いただく際に、入院加療の必要があった傷病、前医・紹介医、手術など、 <u>所定の項目があるもの</u> については、必ず所定の項目にも記入してください。
8	障害の部位	●証明日時点で、障害のある部位をすべて記入してください。
9	既存障害の有無	●今回の受傷・発病以前の身体障害状態について、お分かりになる範囲で記入してください。
10	視力障害	●万国式視力表により1眼ずつ測定した視力を記入してください。 ●指数弁、手動弁、光覚弁の場合は、レ点をつけてください。
11	聴力障害	●日本産業規格(令和元年7月1日改定)に準拠したオーディオメータの測定値を記入してください。 ●補聴器により矯正可能な場合であっても、補聴器を使用しない状態で測定した数値を記入してください。
12	鼻の欠損・機能障害	●「鼻呼吸困難」とは鼻呼吸ができず、口呼吸とならざるを得ない状態を指します。 ●「嗅覚脱失」とは、すべての嗅覚に関する神経要素が侵され、嗅覚を失った状態を指します。嗅盲(一部の臭いだけを感じない状態)は含みません。
13	そしゃく機能障害	●該当する状態(A～C)を○で囲み、障害状態を詳細に記入してください。 ●そしゃく(上顎と下顎を動かして食べ物をかみくだくこと)の障害について記入してください。舌を動かすことや、消化器系の障害等は、「そしゃく」には含みません。
14	言語機能障害	●該当する状態(A～D)および原因(a～e)を○で囲み、障害状態・原因を詳細に記入してください。 ●原因が「a. 喉頭の摘出」の場合は、「全部」、「一部」どちらかを○で囲んでください。 ●原因が「c. 語音構成機能障害」の場合は、「口唇音」、「歯舌音」、「口蓋音」、「こう頭音」の該当するものすべてを○で囲んでください。 ●「口唇音」とは、ま行音、ば行音、ぱ行音、わ行音、ふの音を指します。 ●「歯舌音」とは、な行音、た行音、だ行音、ら行音、さ行音、しゅ、し、ざ行音、じゅの音を指します。 ●「口蓋音」とは、か行音、が行音、や行音、ひ、にゅ、ぎゅ、んの音を指します。 ●「こう頭音」とは、は行音を指します。
15	中枢神経系または精神の障害(脊髄損傷を含む)・胸腹部臓器の障害	●A「食物の摂取」、B「排便・排尿」、C「衣服の着脱・起居・歩行・入浴」、D「精神状態(知能を含む)」について、それぞれ該当する状態(ア～オ)を○で囲んでください。
16	脊柱障害	●自動運動範囲をご記入のうえ、変形について該当するものにレ点をつけてください。
18	手指・足指の運動障害	●伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください。 ●完全運動麻痺の場合は、「0」と記入してください。
19	四肢関節の運動障害	●伸展度・屈曲度(自動運動範囲)を記入してください。 ●完全運動麻痺の場合は、「0」と記入してください。
20	請求意思能力	●該当するものにレ点をつけ、請求意思能力について詳細を記入してください。 ●請求意思能力とは、保険金・給付金を請求し、受取るまでの一連の行為の意味を理解できる能力を指します。
21	症状固定	●10～19項に關しての回復可能性について、お分かりになる範囲で記入してください。 ●障害の部位によって、回復可能性が異なる場合は、部位ごとに分けて記入してください。 ●回復の可能性がある場合は、どの程度まで回復する可能性があるか記入してください。 <div>例) 右下肢に麻痺は残るが、自立歩行可能となる可能性あり。</div> ●回復の可能性がない場合、または、回復の可能性が極めて低くなった場合は、その詳細な内容を具体的に記入してください。 <div>例) 視力障害については、今後さらに悪化が見込まれ、回復は困難。</div>

医師・医療機関記入用

障害診断書

1. 氏名		カルテ番号（ <div></div> ）			<div>男</div> <div>女</div>		生年月日		<div>昭和</div> <div>平成</div> <div>令和</div> 年 月 日				
2. 傷病	ア.入院:手術等の原因(契機)となった傷病		傷病発生年月日			受診契機		第1回目の入院を指示した日					
			年 月 日			<div>医師推定</div> <div>患者申告</div>		<div>自覚症状</div> <div>その他</div>		年 月 日			
	イ. アの原因		年 月 日			<div>医師推定</div> <div>患者申告</div>		健診指摘（ <div></div> ）		第1回目の手術を指示した日			
	ウ. 合併症		年 月 日			<div>医師推定</div> <div>患者申告</div>		健診日：年 月 日		年 月 日			
エ. アの初診日		年 月 日		転帰		<input type="checkbox"/> 終診(治療・寛解) <input type="checkbox"/> 現在加療中 <input type="checkbox"/> 転院(入院) <input type="checkbox"/> 転院(通院) <input type="checkbox"/> 手術予定 <input type="checkbox"/> 放射線照射予定 <input type="checkbox"/> 中止							
3. 前医・紹介医		<div>有</div> <div>無</div>		傷病名：			治療期間：年 月 日～年 月 日						
		医療機関名：											
4. 入院期間	医療保険届出病床での入院		(1)年 月 日～年 月 日			<input type="checkbox"/> 退 院		(2)年 月 日～年 月 日			<input type="checkbox"/> 退 院		
						<input type="checkbox"/> 現在入院中					<input type="checkbox"/> 現在入院中		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		(3)年 月 日～年 月 日			<input type="checkbox"/> 退 院		(4回目以降)					
						<input type="checkbox"/> 現在入院中							
		※いずれかにチェックをしてください。		上記のうち、公的医療保険制度が適用されない入院期間と理由			年 月 日～年 月 日						
							<input type="checkbox"/> 自費(妊娠・分娩含む) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責 <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> その他（ <div></div> ）						
5. 手術・処置 ※診断・検査のみを目的とする手術は除きます。 ※手術種類、手術内容は別表から選択し、ご記入ください。	手術種類		手術名 ※[持続ドレナージ]等の処置もご記入ください。		診療報酬点数区分		手術部位		手術日		手術の内容		
			(1)		<div>①</div> －（ <div></div> ）		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側		年 月 日		a.骨・関節 b.MP c.筋腱 d.血管 e.植皮 f.水頭症		
			(2)		<div>②</div> －（ <div></div> ）		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両側		年 月 日				
			(3回目以降)										
				手術種類⑩、⑰の場合、具体的な術式をご記入ください。									
6. 放射線・温熱療法 ※内照射も含みます。	療法名		<input type="checkbox"/> 体外照射 <input type="checkbox"/> 定位照射 <input type="checkbox"/> IMRT <input type="checkbox"/> 密封小線源		期間		年 月 日～年 月 日		総線量		<div>グレイ</div> <div>B q</div> <div>m c</div>		
			<input type="checkbox"/> 温熱療法 <input type="checkbox"/> その他（ <div></div> ）		区分 M		－（ <div></div> ）		部位				
7. 経過		発病（受傷）から初診までの経過（いつごろからどのような症状があったか）、初診時の主訴・所見および症状の経過（検査内容および検査結果・検査結果判明日・治療内容・経過等）											
8. 障害の部位		障害の部位を記入してください											
9. 既存障害の有無	今回の受傷・発病以前に身体障害はありましたか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明		障害の部位		障害の時期		年 月 日頃				
					障害の内容								
10. 視力障害	裸眼視力		矯正視力			矯正不能または不適ですか		矯正不能または不適の理由を記入してください					
	右（ <div></div> ） 右（ <div></div> ）		<input type="checkbox"/> 指数弁 <input type="checkbox"/> 手動弁 <input type="checkbox"/> 光覚弁			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
	左（ <div></div> ） 左（ <div></div> ）		<input type="checkbox"/> 指数弁 <input type="checkbox"/> 手動弁 <input type="checkbox"/> 光覚弁			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
11. 聴力障害	該当する項目を選択してください			オーディオメータの測定値を記入してください		500 H z		1000 H z		2000 H z		4000 H z	
	<input type="checkbox"/> 聴力損失 <input type="checkbox"/> 聴力レベル			→		右		d B		d B		d B	
					左		d B		d B		d B		
12. 鼻の欠損・機能障害	鼻軟骨の2分の1以上を欠損（摘出）をしていますか			両側の鼻呼吸困難がありますか			嗅覚脱失ですか						
	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						

【お願い】訂正の場合、必ず証明印による訂正印を押印願います。

(21120041)880705-2300 (22.04)

13. そしゃく機能障害	該当する状態を○で囲んでください				障害状態を詳細に記入してください										
	A. 通常の飲食物が食べられる B. かゆ食またはこれに準じる程度の飲食物であれば食べられる C. 流動食しか摂取できない				→										
14. 言語機能障害	該当する状態を○で囲んでください				言語機能障害の原因を○で囲んでください										
	A. 言語機能喪失（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（簡単な単語の発語により意思の疎通がかるうじて可能） D. その他				→ a. 喉頭の摘出（ <div>全部</div> ・ <div>一部</div> ） b. 中枢性失語症 c. 語音構成機能障害（ <div>口唇音</div> ・ <div>歯舌音</div> ・ <div>口蓋音</div> ・ <div>舌頭音</div> ） d. 精神障害 e. その他										
	障害状態を詳細に記入してください（B～Dの場合）				障害の原因を詳細に記入してください（「e. その他」の場合）										
15. 中枢神経系または精神の障害（脊髄損傷を含む）・胸腹部臓器の障害	該当する状態を○で囲んでください														
	A. 食物の摂取はどの程度可能ですか				B. 排便・排尿はどの程度可能ですか										
	ア. 箸を使用して可能 イ. 食器・食物を選定すれば自力で可能 ウ. 自力では困難 エ. 介助がなければ全く不可能				ア. 通常便器で、自力で可能 イ. 特別の器具を使用すれば自力で可能 ウ. 特別の器具により、自力で排泄できるが、あとしまつは自力で不能 エ. おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能										
	C. 衣服の着脱・起居・歩行・入浴はどの程度可能ですか				D. 精神状態（知能を含む）はどのような状態ですか										
	ア. 通常の身のまわりの動作可能 イ. ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴かろうじて可能 ウ. ベッド上の起居・周辺歩行のみかろうじて可能 エ. ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能 オ. 全くのねたきり状態				ア. 通常の精神（知能）状態 イ. 障害が軽度で監視介助は不要 ウ. 障害が中程度で大部屋での監視介助が必要 エ. 障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要 オ. 意識全くなし（昏睡状態）										
16. 脊柱障害	頸椎の自動運動範囲を記入してください				胸腰椎の自動運動範囲を記入してください				通常の衣服を着用した状態で外部からみた変形はありますか		<input type="checkbox"/> 明らかにわかる <input type="checkbox"/> わからない				
	前屈 0° ～		後屈 0° ～		前屈 0° ～		後屈 0° ～								
		右旋 0° ～		左旋 0° ～		右旋 0° ～		左旋 0° ～							
		右屈 0° ～		左屈 0° ～		右屈 0° ～		左屈 0° ～							
17. 欠損・短縮	<div>（四肢、手指、足指の切断の場合は、切断箇所にはっきりと線を入れてください。） （四肢の完全運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示してください。） （下肢短縮の場合は、その程度（cm）を記入してください。）</div>														
	<div><div>（左手骨）</div><div>（右手骨）</div><div>（左足骨）</div><div>（右足骨）</div><div>（右下肢短縮）</div><div>（左下肢短縮）</div></div>														
18. 手指・足指の運動障害	伸展度・屈曲度（自動運動範囲）を記入してください。完全運動麻痺の場合は、「0」と記入してください。														
			第1指		第2指		第3指		第4指		第5指				
	手指	右	近位指節間関節 ※第1指は指節間関節		～		～		～		～				
			中手指節間関節		～		～		～		～				
		左	近位指節間関節 ※第1指は指節間関節		～		～		～		～				
			中手指節間関節		～		～		～		～				
足指	右	近位指節間関節 ※第1指は指節間関節		～		～		～		～					
		中足指節間関節		～		～		～		～					
	左	近位指節間関節 ※第1指は指節間関節		～		～		～		～					
		中足指節間関節		～		～		～		～					
19. 四肢関節の運動障害	伸展度・屈曲度（自動運動範囲）を記入してください。完全運動麻痺の場合は、「0」と記入してください。														
			肩関節		肘関節		手関節		股関節		膝関節				
	右		～		～		～		～		～				
	左		～		～		～		～		～				
20. 請求意思能力	保険金・給付金を請求し、受取る行為の意味を理解できますか				<input type="checkbox"/> 理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない <input type="checkbox"/> その他		請求意思能力について詳細に記入してください								
21. 症状固定	症状固定時期(回復の見込みがなくなった時期)を記入してください(回復の可能性と症状固定についての意見を記入してください)										当診断書料金				
	年 月 日頃		<input type="checkbox"/> 時期不詳 <input type="checkbox"/> 未固定												
病院（診療所）名・診療科												以上のとおり証明（診断）します。年 月 日		金 円	
所在地														※税込	
電話番号												医師氏名		印	