様式第２号（表面）

診　　査　　表

（〒　　）

令和　　年　　月　　日　　医師　住所

氏名

受診者住所氏名 生年月日	住所 （〒　　）		氏名 年　月　日生
1 既往症において特に参考となるべき疾病		3 受傷時の傷病名	
2 現傷病名		4 受傷又は発病年月日	年　月　日
5 受傷より現在に至るまでの治療方法及び経過			
6 障害の範囲及び程度 作業能力低下の程度			
7 現症	一般所見	尿検所見　蛋白　糖	
	局所所見		

(ｱ) 四肢欠損の部位、程度

(ｲ) 神経系障害 ｛中枢性／末梢性｝の別

(ｳ) 麻痺の存否
- 範囲 ｛知覚／運動｝
- 程度 ｛知覚／運動｝

(ｴ) 骨、関節の病変（付レントゲン写真二方面）

(ｵ) 関節機能障害
- 1 強直角度
- 2 挙上度 ｛自動／他動｝
- 3 屈曲度 ｛自動／他動｝
- 4 伸展度 ｛自動／他動｝
- 5 廻転度 ｛自動／他動｝
- 6 廻旋度 ｛自動／他動｝
- 7 握力 ｛右／左｝

(ｶ) 変形の程度（短縮屈曲捻挫仮関節等）

(ｷ) 筋腱皮膚における病変（瘢痕萎縮）

8 その他参考となるべき事項（合併症、創面、瘻孔等の有無）	
9 外科後処置を必要とする具体的理由	
10 外科後処置診療の所要見込日数	

（上記記載欄に記入できない場合は、裏面記事欄に記入すること。）

様式第２号（裏面）

記　　事　　欄