

様式第2号（表面）

<h1 style="margin: 0;">診 査 表</h1> <p style="margin: 0;">（〒 ）</p>			
令和 年 月 日		住 所 	
		医 師 氏 名 印.....	
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	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>(イ) 神経系障害 { 中枢性 / 末梢性 の別</p> <p>(ウ) 麻痺の存否 { 範囲 { 知覚 / 運動 } / 程度 { 知覚 / 運動 }</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>(オ) 関節機能障害 {</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 強直角度 { 自 動 / 他 動 } 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 } <p>(カ) 変形の程度（短縮屈曲捻挫仮関節等）</p> <p>(キ) 筋腱皮膚における病変（瘢痕萎縮）</p> </div> </div>		
(エ) 骨、関節の病変（付レントゲン写真二方面）			
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。）

