

診断書記入例

労働者災害補償保険
診 断 書

障害(補償)等給付請求用

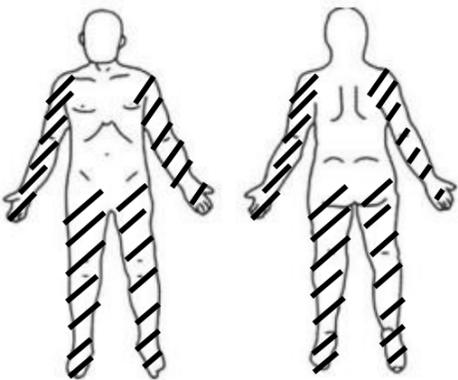
氏 名	労災 太郎	生 年 月 日	平成〇〇年1月1日
傷 病 名	頸髄損傷	負 傷 又 は 発 病 年 月 日	令和〇年4月1日
		初 診 年 月 日	令和〇年4月1日
障 害 の 部 位	頸髄	治 ゆ (症 状 固 定) 年 月 日	令和〇年3月1日
既 往 症	なし	既 存 障 害	なし

<お願い>

この診断書は、労働者災害補償保険の障害(補償)等給付の決定を行うために作成をお願いしているものです。記入漏れや疑義が生じた場合は、作成された医師に照会させていただきますので、ご承知おき下さい。

主な療養内容及び経過
令和〇年4月1日、作業中に高所から転倒し受傷。同日当院へ救急搬送され、MRI撮影し、上記診断を行った。初診時から両上下肢完全麻痺あり、リハビリ加療継続するも改善なく、現在は自宅にて経過観察中。

障害の状態及びX P等の所見
(図で示すことができるものは図解して下さい。)



左記斜線部分で示すとおり、両上下肢に完全麻痺が残存している。そのため、日常生活での各種動作に介護が必要な状態である。

疼痛等の神経症状を残す場合には、その程度についても記入して下さい。

アフターケア制度については、対象となる傷病、措置内容が限定されています。詳細は以下のリンク先をご確認下さい。
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/000065527_00004.html

労災保険制度の アフターケアの 必要性	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	(有無のいずれかに○をしてください。 なお、アフターケアの対象となるケガや病気は定められており、一定の障害等級などを対象者の要件としています。)
関節の機能障害の 有 無	<input type="radio"/> 有 <input checked="" type="radio"/> 無	(有無のいずれかに○をしてください。 なお、有の場合は裏面の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記載して下さい。)

関節の機能障害がある場合は必ず裏面の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記載して下さい。

〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話 (03) 1234-〇〇〇〇

上記のとおり診断します。

所在地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇

令和〇年 3 月 9 日 名称 霞ヶ関総合病院

診断担当者 氏名 基準 花子

(裏面あり)