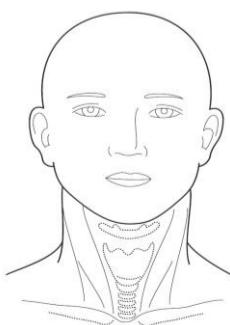
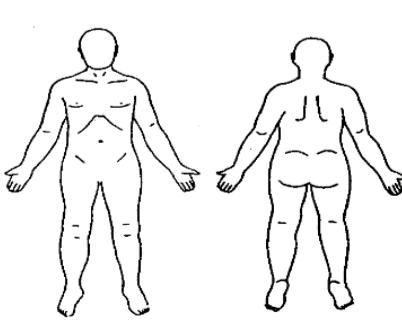
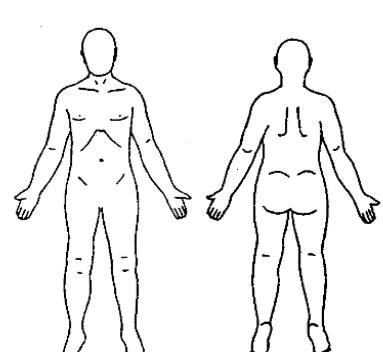


労働者災害補償保険診断書(案)

障害(補償)等給付請求用

氏名			生年月日	年月日				
傷病名			負傷又は発病年月日	年月日				
			初診年月日	年月日				
障害の部位			治ゆ(症状固定)年月日	年月日				
既往歴			既存障害					
及療養の経過容								
各部位の障害の状態の詳細 <small>[各部位の障害について、該当項目や有・無に○印を付けて各欄に検査数値や所見等を記入してください。]</small>								
① 又神は経精系神統の障機害能	ア 高次脳機能障害の有無	有・無	イ 身体性機能障害の有無 (麻痺等)	有・無				
	ウ 非器質性の精神障害の有無	有・無	エ その他、疼痛などの神経障害	有・無				
	<small>※上記ア～エのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。</small> <small>※上記ア、イが有の場合はMRI等の検査所見を記入するか、または各種検査所見を添付してください。</small> <small>※上記エが受傷部位に生じた疼痛の場合、①常時疼痛を残す状態か、②①に加え、時には強度の疼痛のため、通常の労務にも支障が生ずる状態かも併せて下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。</small>							
② 胸腹部臓器の障害	ア 呼吸器の障害	有・無	イ 循環器の障害の有無	有・無				
	ウ 腹部臓器の障害	有・無	エ 泌尿器の障害の有無	有・無				
	オ 生殖器の障害	有・無	<small>※上記ア～オのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて各種検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。</small>					
③ 眼の障害	ア 視力障害		イ 調節機能障害	ウ 運動障害	エ 眼瞼の障害 (以下のa～cに該当するものがあれば○を記入してください)	オ 外傷性散瞳		
	裸眼	矯正	調節力	注視野障害	a 欠損障害 b まつげはげ c 運動障害 (眼瞼・閉眼障害)	1眼の瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な羞明を訴えるもの	1眼の瞳孔の対光反射が不十分であり、羞明を訴えるもの	
	右		() D	有・無	有・無	有・無	有・無	
	左		() D	有・無	有・無	有・無	有・無	
	カ 複視	正面視	正面視以外	キ 視野障害	半盲	視野狭窄	視野変状 (暗点、視野欠損)	
		有・無	有・無		有・無	有・無	有・無	
<small>※上記ア～キのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。</small> <small>※ヘススクリーンテスト、ゴールドマン型視野計、静的視野検査などの検査所見を下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。また、併せて眼症状の原因となる前眼部、中間透光体、眼底などの他覚的所見を下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。</small> <small>※上記エの眼瞼の障害が有りの場合は、下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示してください。</small>								

④ 耳 の 障 害	検査日	ア 平均純音聴力レベル (6分式)		イ 最高明瞭度 (語音)		ウ 耳介の欠損		エ 耳鳴									
	第1回	年	右	dB	%	右	a 耳介の1/2以上 の欠損 b その他	a 耳鳴に係る検査 により著しい耳鳴 が常時ある	b その他								
		月	左	dB	%	右	有・無	有・無	右	有・無	右	有・無					
		日							左	有・無	左	有・無					
	第2回	年	右	dB	%	左	有・無	有・無	オ 耳漏の有無 (常時耳漏が生じている場合に その有無を記入してください)								
		月	左	dB	%												
	第3回	年	右	dB	%				有・無								
		月	左	dB	%												
	<p>※上記ア～オのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、純音聴力レベル、ピッチ・マッチ検査及びラウドネス・バランス検査などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。</p> <p>※「ウ 耳介の欠損」が有りの場合は下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示してください。</p>																
	⑤ 鼻 の 障 害	ア 鼻軟骨部の欠損				イ 鼻の機能障害											
全部又は大部分		一部欠損		鼻呼吸困難		嗅覚脱失		嗅覚減退									
有・無		有・無		有・無		有・無		有・無									
<p>※上記ア～イのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、T&Tオルファクトメータ等の検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。</p> <p>※「ア 鼻軟骨部の欠損」が有りの場合は下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示してください。</p>																	
⑥ 口 の 障 害		ア そしゃく機能の障害 ※該当する項目に○を付してください			イ 言語機能の障害 ※該当する項目に○を付してください			ウ 齢牙障害									
		流動食以外は摂取でき ない			4種の語音のうち、3種以 上発音が不能			歯科補てつを加えた歯数を記入してく ださい。									
		粥食又はこれに準ずる程度の 飲食物以外摂取できない			4種の語音のうち、2種の 発音が不能			ただし、「歯科補てつを加えた」ものとは、現実に喪失又は著しく欠 損した歯に対する補てつをいい、有床義歯又は架橋義歯等を補 綴した場合における支台冠又は鈎の装着歯やポスト・インレーを行 うに留まった歯牙は補てつ歯数に算入しません。									
		固形食物の中でもそしゃくでき ない又はそしゃくが十分でない ものがある			4種の語音のうち、1種の 発音が不能												
		エ 味覚障害			オ その他の障害			7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7									
		味覚脱失		味覚減退	声帯麻痺による 著しいかすれ声		開口障害等によ るそしゃく機能 の低下	7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7									
	有・無		有・無	有・無		有・無	該当歯 計 歯										
	<p>※上記ア～オのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、濾紙ディスク法による味質などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。</p> <p>※「ウ 齢牙障害」について、今回の事故等の前に、既に喪失または著しく欠損した歯牙に対する補てつを行った歯がある場合は、以下の表に記入してください。</p>																
	今回の事故等の前に「歯科補てつ」を加えた歯がある場合																
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="width: 50%;"> </td> <td style="width: 50%;">1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> <tr> <td>7 6 5 4 3 2 1</td> <td> </td> <td>1 2 3 4 5 6 7</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">該当歯 計 歯</p>												7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7	7 6 5 4 3 2 1	
7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7															
7 6 5 4 3 2 1		1 2 3 4 5 6 7															
⑦ 醜 状 障 害	ア 外貌				イ 上肢・下肢・その他												
	頭部		顔面部	頸部	上肢		下肢		その他の部位								
	有・無		有・無	有・無	有・無		有・無		有・無								
	<p>(醜状の大きさ、形態等を以下に図示してください)</p>																
																	
	<p>(醜状の大きさ、形態等を以下に図示してください)</p>																
	<p>※上記ア～イのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。</p>																

⑧ せき柱及びその他の骨	ア せき柱の変形障害			イ 頸椎部、胸腰椎部の運動障害 (障害のある運動に○を付け、下記「⑩上下肢等関節角度測定表」にその可動域角度を記入してください。)					
	圧迫骨折の有無 固定術の有無	椎弓切除術の有無	前屈 左回旋 左側屈	後屈 右回旋 右側屈					
	有・無	有・無	有・無	工 せき柱の荷重機能障害 (該当する障害がある場合は、下記①、②いずれかに○を記入してください。)					
				①頸部及び腰部の両方の保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの ②頸部又は腰部のいずれかの保持に困難があり、常に硬性補償具を必要とするもの					
	ウ その他体幹骨の変形の有無 (裸体になって変形が明らかにわかる程度のものがある場合に、下記①～⑤に○で記入してください。)						①鎖骨 ②胸骨 ③肋骨 ④肩甲骨 ⑤骨盤骨		
	※上記ア～オのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記載するか、または検査結果を添付してください。								
	⑨ 上肢（手指含む）及び下肢（足指含む）の障害	ア 欠障損害（離断部位を下図に図示してください。）							
		上 肢 (右)  (左) 				手 指 (右)  (左) 			
		下 肢 (右)  (左) 				足 指 (右)  (左) 			
イ 短縮障害		右下肢長	cm	(部位と原因)	ウ 変形障害	偽関節（仮関節）の有無及び部位（ゆ合不良）	有・無	(部位)	
		左下肢長	cm			変形ゆ合の有無及び部位	有・無	(部位)	
※常に硬性補装具が必要等、上記障害の詳細を下記⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。									
エ 関節の機能障害の有無			有・無	※左記に関節の機能障害の有無に○をしてください。有の場合は下記の「⑪上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記入してください。 ※上記ア～エのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記入するか、または検査結果を添付してください。					
⑩ 障害の状態及びXP等の所見 (上記①～⑨で該当ありの場合、当該障害の詳細、検査所見等について記入するか、または各種検査結果等を添付してください。)									
(図で示すことができるものは図解してください。)									
									
労災保険制度のアフターケアの必要性		有 無	※有無のいずれかに○をしてください。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。複数の障害がある場合は、アフターケアの対象となる上記①～⑨の障害の番号を全て記入してください。						

⑪上 下 肢 等 關 節 角 度 測 定 表

(手指)

部位	関節名	中手指節関節		指節間関節		部位	左	右
		左	右	左	右			
母指	屈曲					橈側外転		
	伸展					掌側外転		
部位	関節名	中手指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節		
		左	右	左	右	左	右	
示指	屈曲							
	伸展							
中指	屈曲							
	伸展							
環指	屈曲							
	伸展							
小指	屈曲							
	伸展							

(足指)

部位	関節名	中足指節関節		指節間関節		遠位指節間関節		
		左	右	左	右	左	右	
第1足指	屈曲							
	伸展							
部位	関節名	中足指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節		
		左	右	左	右	左	右	
第2足指	屈曲							
	伸展							
第3足指	屈曲							
	伸展							
第4足指	屈曲							
	伸展							
第5足指	屈曲							
	伸展							
部位	運動方向	屈曲(前屈)	伸展(後屈)	回 旋		側 屈		
				左	右	左	右	
頸 部								
胸 腰 部								
部位	手関節		足関節		ひじ関節		ひざ関節	
	左	右	左	右	左	右	左	右
運動方向								
屈曲(掌屈・底屈)								
伸展(背屈)								
橈屈			部位	肩関節		股関節		
尺屈				運動方向	左	右	左	右
部位	前腕		屈曲(前方拳上)					
	左	右	伸展(後方拳上)					
回内			外転(側方拳上)					
回外			内転					
			外旋					
			内旋					

※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。

※患側のみならず健側も測定してください。

※原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を記入してください。

自動運動で測定した理由

[]

上記のとおり診断します。

元 ————— 電話() —————

所在 地

年 月 日

名 称

診断担当者 (上記①～⑨を記入してください。) (診療科)
氏名等

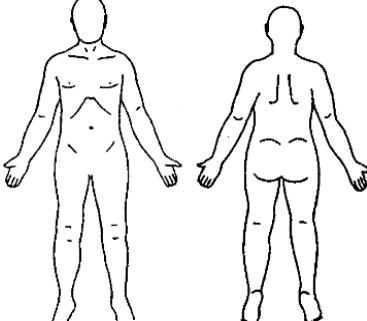
(氏名)

労働者災害補償保険診断書(案)

障害(補償)等給付請求用

氏名		生年月日	年月日
傷病名		負傷又は発病年月日	年月日
		初診年月日	年月日
障害の部位		治ゆ(症状固定)年月日	年月日
既往歴		既存障害	

及療
び養
の
経内
過容各部位の障害の状態の詳細 各部位の障害について、該当項目や有・無に○印を付
け各欄に検査数値や所見等を記入してください。

① 神 經 系 統 の 機 能 又 は 精 神 の 障 害	ア 高次脳機能障害の有無	有・無	イ 身体性機能障害の有無 (麻痺等)	有・無
	ウ 非器質性の精神障害の有無	有・無	エ その他、疼痛などの神経障害	有・無
(所見記入欄) ※上記ア～エのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細を下記に記入してください。 ※上記ア、イが有の場合はCT、MRI等の検査所見も下記に記入するか、または各種検査所見を添付してください。 ※上記エが受傷部位に生じた疼痛の場合、①常時疼痛を残す状態か、②①に加え、時には強度の疼痛のため、通常の労務にも支障が生ずる状態かも併せて下記に記入してください。				
				
② 胸 腹 部 臓 器 の 障 害	ア 呼吸器の障害	有・無	イ 循環器の障害の有無	有・無
	ウ 腹部臓器の障害	有・無	エ 泌尿器の障害の有無	有・無
	オ 生殖器の障害	有・無	(所見記入欄) ※上記ア～オのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細を下記に記入してください。併せて、各種検査所見についても下記に記入するか、または検査結果を添付してください。	

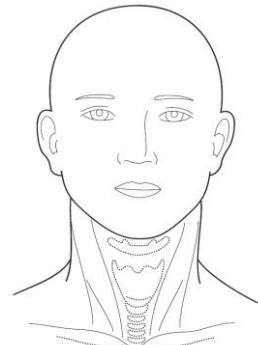
③		ア 視力障害		イ 調節機能障害	ウ 運動障害	エ 眼瞼の障害 (以下のa~cに該当するものがあれば○を記入してください)	オ 外傷性散瞳	
		裸 眼	矯 正	調節力	注視野障害	a 欠損障害 b まつげはげ c 運動障害 (開瞼・閉瞼障害)	1眼の瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な羞明を訴えるもの	1眼の瞳孔の対光反射が不十分であり、羞明を訴えるもの
眼 の 障 害	右			() D	有・無	有・無	有・無	有・無
	左			() D	有・無	有・無	有・無	有・無
	力 複視	正面視	正面視以外	キ 視野 障害	半盲	視野狭窄		視野変状 (暗点、視野欠損)
		有・無	有・無		有・無	有・無	有・無	有・無

(所見記入欄)

※上記ア~キのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記に記入してください。

※ヘススクリーンテスト、ゴールドマン型視野計、静的視野検査などの検査所見を下記に記入するか、または各種検査結果を添付してください。また、併せて眼症状の原因となる前眼部、中間透光体、眼底などの他覚的所見を下記に記入してください。

※上記エの眼瞼の障害が有りの場合は、下記に図示してください。

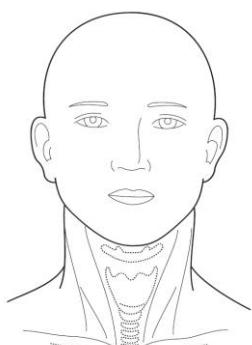


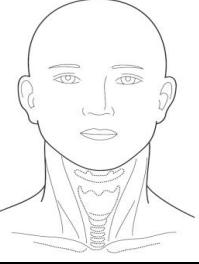
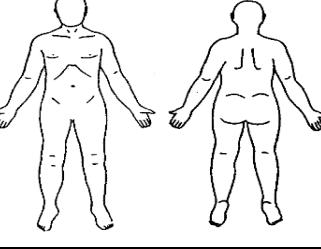
④	検査日	ア 平均純音聴力レベル (6分式)			イ 最高明瞭度 (語音)		ウ 耳介の欠損		エ 耳鳴				
		第 1 回	年	右	dB	%	右	a 耳介の1/2 以上の欠損	b その他	a 耳鳴に係る検査 により著しい耳鳴 が常時ある	b その他		
耳 の 障 害		月	左		dB	%	右	有・無	有・無	右	有・無	右	有・無
		日								左	有・無	左	有・無
		第 2 回	年	右	dB	%	左	有・無	有・無	オ 耳漏の有無 (常時耳漏が生じている場合に その有無を記入してください)			
		月	左		dB	%				有・無			
		日											
		第 3 回	年	右	dB	%							
		月	左		dB	%							
		日											

(所見記入欄)

※上記ア~オのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記に記入してください。併せて、純音聴力レベル、ピッチ・マッチ検査及びラウドネス・バランス検査などの検査所見を下記に記入するか、または各種検査結果を添付してください。

※「ウ 耳介の欠損」が有りの場合は下記に図示してください。



⑤ 鼻 の 障 害	ア 鼻軟骨部の欠損			イ 鼻の機能障害																																
	全部又は大部分	一部欠損		鼻呼吸困難	嗅覚脱失	嗅覚減退																														
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無																														
<p>(所見記入欄) ※上記ア～イのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記に記入してください。併せて、T&Tオルファクトメータ等の検査所見を下記に記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ア 鼻軟骨部の欠損」が有りの場合は下記に図示してください。</p>																																				
⑥ 口 の 障 害	ア そしやく機能の障害 ※該当する項目に○を付してください		イ 言語機能の障害 ※該当する項目に○を付してください			ウ 歯牙障害																														
	流動食以外は摂取できない		4種の語音のうち、3種以上発音が不能			歯科補てつを加えた歯数を記入してください。 <small>ただし、「歯科補てつを加えた」ものとは、現実に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつをいい、有床義歯又は架橋義歯等を補綴した場合における支台冠又は鈎の装着歯やポスト・インレーを行うに留まつた歯牙は補てつ歯数に算入しません。</small>																														
	粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外摂取できない		4種の語音のうち、2種の発音が不能																																	
	固形食物の中でもそしやくできない又はそしやくが十分でないものがある		4種の語音のうち、1種の発音が不能																																	
	エ 味覚障害		オ その他の障害			該当歯 計 歯																														
	味覚脱失	味覚減退	声帯麻痺による著しいかすれ声	開口障害等によるそしやく機能の低下			※今回の事故により歯科補てつを加えた歯のみを記入してください																													
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無																															
	<p>(所見記入欄) ※上記ア～オのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記に記入してください。併せて、濾紙ディスク法による味質などの検査所見を下記に記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ウ 歯牙障害」について、今回の事故等の前に、既に喪失または著しく欠損した歯牙に対する補てつを行つた歯がある場合は、以下の表に記入してください。</p>																																			
	<p>今回の事故等の前に「歯科補てつ」を加えた歯がある場合</p> <table border="1"> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table> <p>該当歯 計 歯</p>									7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																							
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																							
⑦ 醜 状 障 害	ア 外貌			イ 上肢・下肢・その他																																
	頭部	顔面部	頸部	上肢	下肢	その他の部位																														
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無																														
<p>(醜状の大きさ、形態等を以下に図示してください。)</p> 																																				
<p>(所見記入欄)※上記ア～イのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記に記入してください。</p>																																				
<p>イ 上肢・下肢・その他</p> <table border="1"> <tr> <td>上肢</td> <td>下肢</td> <td>その他の部位</td> </tr> <tr> <td>有・無</td> <td>有・無</td> <td>有・無</td> </tr> </table> <p>(醜状の大きさ、形態等を以下に図示してください。)</p> 									上肢	下肢	その他の部位	有・無	有・無	有・無																						
上肢	下肢	その他の部位																																		
有・無	有・無	有・無																																		

⑧ 他 せき の柱 体及 び幹 骨の 障害	ア せき柱の変形障害			イ 頸椎部、胸腰椎部の運動障害 (障害のある運動に○を付け、下記「⑩上下肢等関節角度測定表」にその可動域角度を記入してください。)				
	圧迫骨折の 有無	固定術の有無	椎弓切除術の 有無	前屈		後屈		
	有・無	有・無	有・無	左回旋		右回旋		
	ウ その他骨幹の変形の有無 (標本になって変形が明らかにわかる程度のものがある場合に、下記①～⑤に○で記入してください。)			左側屈		右側屈		
	①鎖骨 ②胸骨 ③肋骨 ④肩甲骨 ⑤骨盤骨			エ せき柱の荷重機能障害 (該当する障害がある場合は、下記①、②いずれかに○を記入してください。)				
				①頸部及び腰部の両方の保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの	②頸部又は腰部のいずれかの保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの			
⑨ 上肢 (手指含む) 及び下肢 (足指含む) の 障 害	ア 欠障損傷(離断部位を下図に図示してください)							
	上肢			手 指				
	(右)	(左)						
	下肢			足 指				
	(右)	(左)						
	イ 短 縮 障 害	右下肢長	cm	(部位と原因)	ウ 変 形 障 害	偽関節(仮関節)の有無及び部位(ゆ合不良)	有・無	(部位)
		左下肢長	cm			変形ゆ合の有無及び部位	有・無	(部位)
	※上記⑧、⑨の障害について、左記に關節の機能障害の有無に○をしてください。有の場合は下記の「⑩上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記入してください。							
	エ 関節の機能障害の有無		有・無					
	(所見記入欄)							
※上記⑧のア～エ及び⑨のア～エのいずれかが有の場合、その障害の状態の詳細について下記に記入してください。併せて、各種検査所見を下記に記入するか、または検査結果を添付してください。								
労災保険制度の アフターケアの必要性		有 無	※有無のいずれかに○をしてください。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。複数の障害がある場合は、アフターケアの対象となる上記①～⑨の障害の番号全てを記入してください。					
上記のとおり診断します。 年 月 日								
所 在 地								
名 称								
診断担当者 (上記①～⑨を記入してください) (診療科) 氏名等								
(氏名)								

⑩上下肢等関節角度測定表

(手指)

部位	関節名	中手指節関節		指節間関節		部位	左 右	
		左	右	左	右		左	右
母指	屈曲					橈側外転		
	伸展					掌側外転		
部位	関節名	中手指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節		
		左	右	左	右	左	右	
示指	屈曲							
	伸展							
中指	屈曲							
	伸展							
環指	屈曲							
	伸展							
小指	屈曲							
	伸展							

(足指)

部位	関節名	中足指節関節		指節間関節		遠位指節間関節		
		左	右	左	右	左	右	
第1足指	屈曲							
	伸展							
部位	関節名	中足指節関節		近位指節間関節		遠位指節間関節		
		左	右	左	右	左	右	
第2足指	屈曲							
	伸展							
第3足指	屈曲							
	伸展							
第4足指	屈曲							
	伸展							
第5足指	屈曲							
	伸展							
部位	運動方向	屈曲(前屈)	伸展(後屈)	回 旋		側 屈		
				左	右	左	右	
頸 部								
胸 腰 部								
部位	運動方向	手関節		足関節		ひじ関節		
		左	右	左	右	左	右	
屈曲(掌屈・底屈)								
伸展(背屈)								
橈屈				部位	肩関節		股関節	
尺屈					左	右	左	右
部位	運動方向	前腕		屈曲(前方拳上)				
		左	右	伸展(後方拳上)				
回内				外転(側方拳上)				
回外				内転				
				外旋				
				内旋				

※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。

※患側のみならず健側も測定してください。

※原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を記入してください。

自動運動で測定した理由

[]

上記のとおり診断します。

元 一 電話() -

所 在 地

年 月 日

名 称

診断担当者 (上記①～⑨を記入してください。) (診療科)
氏名等

(氏名)