労働者災害補償保険診断書

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	

及び療養の経過内容

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 神経系統の精神の障害又は機能

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

【神経系統の機能又は精神の障害の注意事項】
※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
※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。
※上記エが受傷部位に生じた疼痛の場合、ⅰ常時疼痛を残す状態か、ⅱⅰ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⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄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		

【胸腹部臓器の障害の注意事項】
※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について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、または各種検査結果を添付してください。

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(開瞼・閉瞼障害)	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	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		キ 視野障害		
正面視	正面視以外	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

【眼の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
※視力(万国式試視力表)、ヘスラクリーンテスト(Hess赤緑試験)、ゴールドマン型視野計などの検査所見を⑪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、参考検査として自動視野計などの他の検査所見についても可能な範囲で⑪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。
※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⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
※「エ 眼瞼の障害」が有の場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。

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		
								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
第1回	年	右		dB		%	右	有・無	有・無	右 有・無	右 有・無
	月 日	左		dB		%	左	有・無	有・無	左 有・無	左 有・無
第2回	年	右		dB		%	オ 耳漏の有無				
	月 日	左		dB		%					
第3回	年	右		dB		%	右	有・無	有・無		
	月 日	左		dB		%	左	有・無	有・無		

【耳の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について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、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。
※「ウ 耳介の欠損」が有の場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。
※「オ 耳漏の有無」について、常時耳漏が生じている場合にその有無を記載欄に記入してください。

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

【鼻の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について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、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。
※「ア 鼻軟骨部の欠損」が有の場合は、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。

⑥ 口の障害

ア そしゃく機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください		イ 言語機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください	
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	
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	
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
有・無	有・無	有・無	有・無

ウ 歯牙障害

歯科補てつを加えた歯数を記入してください。
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った歯牙は補てつ歯数に算入しません。

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

該当歯計　　歯

※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

今回の事故等の前に喪失又は「歯科補てつ」を加えた歯の有無	有・無 (有の場合は下の欄に記入してください)

【口の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について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、濾紙ディスク法による味覚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。
※「ウ 歯牙障害」について、今回の事故等の前に、既に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつを行った歯が有の場合は、以下の欄に記入してください。

今回の事故等の前に喪失や「歯科補てつ」を加えた歯がある場合

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

該当歯計　　歯

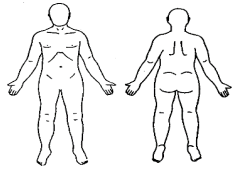
⑦ 醜状障害

ア 外貌		
頭部	顔面部	頸部
有・無	有・無	有・無

(醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください)

イ 上肢・下肢・その他		
上肢	下肢	その他の部位
有・無	有・無	有・無

(醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください)



【醜状障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

⑧ 体幹骨（せき柱及びその他の体幹骨）の障害

ア せき柱の変形障害

圧迫骨折の有無	固定術の有無	椎弓切除術の有無
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

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。）

前　屈		後　屈	
右回旋		左回旋	
右側屈		左側屈	

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○を記入してください。）

①鎖骨　②胸骨　③肋骨　④肩甲骨　⑤骨盤骨

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。）

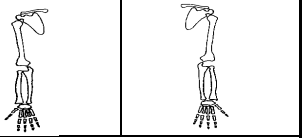
①頸部及び腰部の両方の保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの	②頸部又は腰部のいずれかの保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの

【せき柱及びその他の体幹骨の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について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。

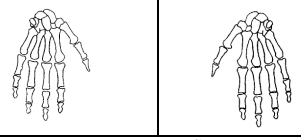
⑨ 上肢（手指含む）及び下肢（足指含む）の障害

ア 欠損障害（離断部位を下図に示してください。）

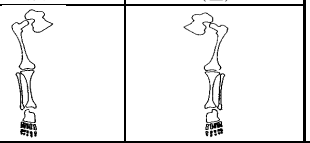
上肢（右）（左）



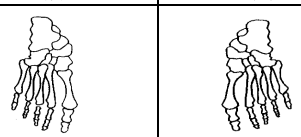
手指（右）（左）



下肢（右）（左）



足指（右）（左）



イ 短縮障害

右下肢長	cm	（部位と原因）
左下肢長	cm	

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）
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⑪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

【上肢及び下肢の障害の注意事項】
※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⑩の「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。
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について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 上下肢等関節角度測定表

部位＼運動方向	屈　曲（前屈）	伸　展（後屈）	回　旋 右	回　旋 左	側　屈 右	側　屈 左
頸　部						
胸腰部						

運動方向＼部位	肩関節 右	肩関節 左
屈　曲（前方挙上）		
伸　展（後方挙上）		
外　転（側方挙上）		
内　転		
外　旋		
内　旋		

運動方向＼部位	ひじ関節 右	ひじ関節 左	手関節 右	手関節 左
屈　曲（掌屈）				
伸　展（背屈）				
橈　屈				
尺　屈				

運動方向＼部位	前腕 右	前腕 左
回　内		
回　外		

（手指）

部位＼関節名		中手指節関節（MP） 右	中手指節関節（MP） 左	指節間関節（IP） 右	指節間関節（IP） 左
母指	屈　曲				
	伸　展				

部位＼関節名		中手指節関節（MCP） 右	中手指節関節（MCP） 左	近位指節間関節（PIP） 右	近位指節間関節（PIP） 左	遠位指節間関節（DIP） 右	遠位指節間関節（DIP） 左
示指	屈　曲						
	伸　展						
中指	屈　曲						
	伸　展						
環指	屈　曲						
	伸　展						
小指	屈　曲						
	伸　展						

部位	右	左
橈側外転		
掌側外転		

⑩ 上下肢等関節角度測定表

部位＼運動方向	股関節 右	股関節 左	部位＼運動方向	ひざ関節 右	ひざ関節 左	足関節 右	足関節 左
屈　曲			屈　曲（底屈）				
伸　展			伸　展（背屈）				
外　転							
内　転							
外　旋							
内　旋							

（足指）

部位＼関節名		中足指節関節（MTP） 右	中足指節関節（MTP） 左	指節間関節（IP） 右	指節間関節（IP） 左
第1足指	屈　曲				
	伸　展				

部位＼関節名		中足指節関節（MTP） 右	中足指節関節（MTP） 左	近位指節間関節（PIP） 右	近位指節間関節（PIP） 左	遠位指節間関節（DIP） 右	遠位指節間関節（DIP） 左
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						

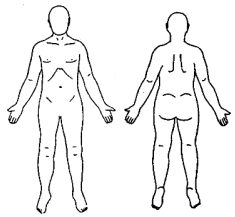
※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。また、患側のみならず健側も測定してください。
※原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を以下に記入してください。

（自動運動で測定した理由）

⑪ 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		※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、アフターケアの必要性が認められる上記①～⑨の障害の番号を全て記入してください。
	無		

上記のとおり診断します。

〒　－　　電話（　）　－

所在地

年　月　日

名称

（診療科）　（氏名）

診断担当者氏名等