肢体不自由用参考書式

診断書(和文用)

様式は特に決まったものはありません。以下の内容を記載していただければ結構です。

記入日：　　年　　月　　日

患者名　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日：　　年　　月　　日　　性別：　男性／女性

原疾患名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

障害名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病歴：

その傷病・障害の発症日、受傷基点、検査結果、診断に至った経緯、治療内容および（手術をしたかどうかを含め）治療経過と最終的な障害状況。その障害状況がどれくらい続いているか。進行性か非進行性かを含めた予後等。傷病の医学的な根拠を示すことのできる画像所見や検査結果など他覚的所見を記載・添付いただき、医学的根拠の上に障害が説明できるよう記載をお願いします。現在の障害がもれのないよう記載ください。また検査で異常のある検査、異常であった時の検査結果のコピー（血液・心電図・筋電図・呼吸機能など)、画像所見は障害状態を最も表わす部分をコピー（いずれもペーパーで検査日、患者名がわかるもの）にてご添付ください。(以下参照)

切断、奇形	・診断書 ・障害部位の単純撮影の画像 ・四肢長の計測値（診断書に含む） ・筋肉の欠損がある場合はそれを証明できる画像（MR等)
脳性麻痺、頭部外傷など	・診断書 ・痙性の評価　アシュワーススケール＝MAS ・障害の原因がわかる脳の画像（MRI、CT など） その他、疾患に応じた検査所見など
脊髄損傷、二分脊椎など脊髄疾患	・診断書 ・障害の原因がわかる脊髄の画像（MRI など） ・MMT や ASIA、MAS など障害特性に応じた運動機能検査の結果

その他の機能障害（関節可動域制限、末梢神経麻痺、外傷等）	・診断書 ・診断を確定する根拠となる検査結果とその所見や画像 ・障害状況を示す運動機能検査結果（ROM-T や MMT）など

※画像は現在の障害を反映できるもので、おおむね１年以内に撮影されたものとする。
ただし原疾患によってはその状態が明確に撮影されている直近のものでも可とする。

病院名
住所
連絡先電話番号・FXA 等
診療科名：
医師氏名：○○○○　　印または署名