

## 提出先:アクサ生命保険株式会社

氏	名		男 • 女	2. 生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
3. 住	所			8. 受傷日(発病日)		年 (医師	月 (重定)・(選	日 (書書)
4. 傷 病	名			9·4.傷病名の 初 診 日		年	月	目
5.			医師推定	│ 10. │   入   院   日		年	月	日
4 の 原	<b>東因</b>		患者申告	11 <sub>・退</sub> 院 日 現在入院中		年年	月 月	日日
6.   障害の部	部位			12.終 診 日現在治療中(当院・他院		年 年	月 月	日日
7. 今回の5 以前にあ 身 体 障	受傷 (有)   To	部位と障害内容		13. 有	衛の場合	→住所・氏名		
治療手術	の受傷(発病)から初診    内容   		(к.	J )	手術日	年		日 <b>)他</b> )
15.	裸眼	浸視力 ・ 矯正	E視力	,	矯正不	能・不適の場合	合は	`
15.   視   力   障   害	#II 右 眼····· 左 眼·····	<b>表視力</b> ・ 矯正 (	E視力 ) )	その理由	矯正不	能・不適の場合	すは	
視力障害 16. 聴力障	右 眼 左 眼 該当する項目に○印を つけてください。 a. 聴力セベル	( ( <sub>引波数</sub>	) ) 2000Hz 4000Hz )dB ( )dH	17. (下記のA 機 そ A.通常の 能 し B.かゆ負 障 ゃ られる	へCのうち )飲食物が食 きまたはこれ	該当する項目に べられる に準ずる程度の	○印をして	
視力障害 16. 聴力障害 18.	右 眼 左 眼 該当する項目に○印を つけてください。 a. 聴力セベル	( ( ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	) 2000Hz 4000Hz )dB ( )dE )dB ( )dE ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	17. (下記のA 機 そ A.通常の 能 に や られる 3 害 く C.流動針	a〜Cのうち の飲食物が食 きまたはこれ ら きしか摂取で  てき出(1.全) 失語症 害(1.口唇音	該当する項目に べられる に準ずる程度の ・きない	○印をして 飲食物であ	あれば食べ
視力障害	右 眼 左 眼	( ( ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	) 2000Hz 4000Hz )dB ( )dF )dB ( )dF )dB ( )dF きない) 音声言語による意志の疎通が かろうじて可能)	17. (下記のA 機 そ A.通常の 能 し B.かゆ負 られる 書 く C.流動負 (原 因) a.こう頭性 c.構音の他 上、介護の要否に関して	〜Cのうち食物が食むまたはこか摂取で とまたはこか摂取で てき出(1.全i 失害症 (、下記の項目)	該当する項目に べられる に準ずる程度の きさない 部 2.一部) 2.歯舌音 3.口蓋 のうち、該当するも	○印をして 飲食物であ 	<ul><li>あれば食べ</li><li></li><li>頂音)</li><li>)</li></ul>
視力障害   16. 聴力障害   18. 障	右 眼 左 眼	( ( ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( ) ( )	2000Hz 4000Hz   10dB ( )dB	17. (下記のA 機 そ A. 通常の 能 能 や られる		該当する項目に べられる に準ずる程度の ききない 部 2.一部) 2.歯舌音 3.口蓋 のうち、該当するも ア・障害が軽に で、でいる。 で、このできない。 で、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、このでは、こので	○印をして 飲食物であ 飲食物であ (のに)を含むし (知能) (知能) (知能) (定で大部屋 必要	あれば食べ 頭音) てください) は不要 での 介助

Form No.0I0011(2.3) 2021.09

## お願い

2 関節・脊柱の運動範囲については、自動運動範囲をご記入願います。1 障害のない項目は斜線で消してください。

21.	「四肢、手指、足指の切断の場合 四肢の完全運動麻痺の場合を						$\bigcirc$	
運	下肢短縮の場合は、その程度							•
動	(左手骨) (左	足骨) (右	5手骨) <sup>遠</sup>	(右	足骨)	右		左
麻痺		間関節(名)(計)(計)(計)(計)(計)(計)(計)(計)(計)(計)(計)(計)(計)	近龍 ( )	(1)		下		下
•	近位指節間関節中足指節関節		近位指節間関節			肢	州湾	肢
欠	TACHBERT OF THE PROPERTY OF TH	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	BILL I	が 第	1771/1/1	短 縮		<i>短</i> 縮
損	リスフラン関節	節間関節						
短				手指節関節				
縮	MY	( )   骨			$\mathcal{L}$	cm		cm
22.	右 手指·足指   第	1指 第2指	_	第3指 🗸	第4指 /		第5指 🗸	*
手	遠位指節間関節			展度 屈曲度	伸展度 屈曲	į		母(-) 指に
指	/	屈曲度 ( - ) (	- )   ( -	- ) ( - ) ;	( - ) ( -	)   ( -	) ( - )	におい
足 指	世紀 相別 同 関則		)   (	) ( ( )	( )((	)   (		いてはれ
の自	中是指節関節 ( )		)   (	) (( )	( ) (	)	) (( )	ては指節に
動	左 手指·足指		<b>—</b>	<b>7</b>		<b>▼</b>	<b>V</b>	間関節とします。
運動	遠位指節間関節	伸展度 /屈	曲度   伸月	展度 / 屈曲度 - ) /( - )	伸展度 / 屈曲	度   伸展! )   ( -	度 / 屈曲度 ) /( − )	心としいあり
範囲	近位指節間関節 伸展度	屈曲度   ( )   (	) (	) ( )	( ) (	) (	) (( )	ませっ
	中手指節関節 ( )		) (	) ( )	( ) (	) (	) ( )	゚ん。
23.	部位	仲展及~旧曲	度	内転度~	~外転度	内加	旋度~外旋度	
四	関節	右  ~  左  ~		^	~		$\frac{\sim}{\sim}$	
肢関	関節	右 ~		^	~		~	
節	·IAKI	左     ~       右     ~					~	
の 自	関節	左		^			~	
動	関節	右 ~		^	_		~	
運動	174	左     ~       右     ~					~	
範囲	関節	左		^			~	
团	関節	右 ~		^	~		~	
21 2	の他の障害状態の有・無(例え	左   ~	っぴ)		~		~	
24, ح	グ他の障害仏態の有・無(例え	は、鼻の入頂・機能障害な	<b>↓</b> ⊂ <i>)</i>					
25. 回		いて						
(	l) 回復の可能性について ア. あ る  イ. な い	ウ. 不 明						
(:	回復の可能性な 2) 上記(1) についての所見をお	しの場合、症状の固定時期 聞かせ下さい。	(回復の見	込みがないと判断	所した時期)	年	月 日均	頁
,								
上記の	とおり診断します。				令和	年	月 日	
/I	所 在 地院又は診療所の 名 称							
洢	院又は診療所の名布医師氏名						P	

## ~ご担当される先生へ~

## 《診断書をご記入いただくにあたってのお願い》

本書類は、保険金・給付金などを正確・迅速にお支払いするための大切な書類です。お忙しいところ恐れ入りますが、下記の要領にてご記入をお願い申し上げます。

- ①訂正が生じました場合は、必ず証明印と同一印による訂正印を押印願います。
- ②記入内容につきまして、弊社よりご照会させていただく場合もございますのでよろしくお願い申し上げます。
- ③治療中等のため症状が固定されていない場合(回復の見込みがある場合)には、症状の固定後にご記入ください。

	項目	解説・注意点
	央 日	
4.	傷 病 名	●傷病名は保険金・給付金のお支払い可否判断のため必要な情報になります。 該当する傷病名が複数ある場合には全てご記入ください。
5.	4 の 原 因	●「4. 傷病名」の原因となった傷病などがあればご記入のうえ、(医師推定・患者申告)のいずれかを選択してください。 ●ケガの場合は受傷原因(交通事故・転倒事故など)をご記入ください。
6.	障 害 の 部 位	●証明日時点で障害のある部位を全てご記入ください。
7.	今 回 の 受 傷 以 前 に あ っ た 身 体 障 害	●今回の受傷・発病以前の身体障害の有無、障害のあった部位、障害内容、障害発生時期等をお分かりになる範囲でご記入ください。
8.	受傷日(発症日)	●「4. 傷病名」の受傷日(傷病の場合は発症日)について、お分かりになる範囲でご記入ください。不明な場合には「不詳」とご記入ください。
9.	初 診 日	●貴院における「4. 傷病名」に関する最初の診察日をご記入ください。 (貴院他科での診察を含みます。)
10.	入 院 日	●[4. 傷病名]の入院開始日をご記入ください。
11.	退 院 日 現 在 入 院 中	●「4. 傷病名」の入院終了日(退院日)を上段にご記入ください。 ●診断書発行時点で入院中の場合には現在入院中(下段)にご記入ください。
12.	終診日	<ul><li>●終診日は貴院における「4. 傷病名」に関する最後の診察日を上段にご記入ください。貴院他科での診察を含みます。</li><li>●診断書発行時点で治療中の場合には現在治療中(下段)にご記入のうえ、(当院・他院)のいずれかを選択してください。</li></ul>
13.	前医	●[4. 傷病名]の前医があればご記入ください。(貴院他科での診察を含みます。)
14.	今回の受傷(発病)からの 経過およびその後の経過と 障 害 状態	●貴院にて手術を実施されている場合には、正式手術名、手術日とあわせ、術式、診療報酬点数コード等の 詳細もご記入ください。
15.	視 力 障 害	<ul><li>●視力の測定は万国式試視力表により1眼ずつ、矯正視力について測定いただいたものをご記入ください。</li><li>●視野狭窄および眼瞼下垂による視力障害は視力を失ったものとはみなしません。</li></ul>
16.	聴 力 障 害	●聴力の測定は日本工業規格に準拠したオージオメーターで行っていただいたものをご記入ください。
17.	そしゃく機能障害	●該当する状態(A~C)を選択してください。
18.	言 語 機 能 の 障 害	<ul> <li>●該当する障害の程度(A~D)および原因(a~d)を選択してください。</li> <li>●原因が「c. 構音障害」の場合は(1. □唇音 2. 歯舌音 3. □蓋音 4. 喉頭音)のうち発音不能なものを全て選択してください。</li> <li>●「A. 言語機能のそう失」とは、次の3つの場合を指します。</li> <li>a. こう頭の摘出に伴う声帯全部の摘出により発音が不能な場合(人口声帯の使用により発音が可能な場合も含みます。)</li> <li>b. 脳言語中枢の損傷による失語症で、音声言語による意思の疎通が不可能となり、その回復の見込みがない場合</li> <li>c. 構音障害で□唇音、歯舌音、□蓋音、喉頭音の4種のうち、3種以上の発音が不能となり、その回復の見込みがない場合</li> <li>●「B.言語機能の著しい障害」とは、語音構成機能障害、脳言語中枢の損傷、発声器官の障害のため、身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意思の疎通が困難となり、その回復の見込みがない場合を指します。</li> </ul>
19.	中 枢 神 経 系 の 障 害 精 神 の 障 害	● A. 食物の摂取、B. 排便・排尿、C. 衣服着脱・起居・歩行・入浴、D. 精神状態の各項目について、該当する介護の内容・状態を(ア〜オ)から選択してください。
20.	脊柱自動運動範囲	●A. 運動障害について、自動運動範囲をご記入ください。 ●B. 変形障害について、いずれかを選択してください。

	項目	解 説 · 注 意 点
21.	運動麻痺・欠損・短縮	●「完全運動麻痺」とは、次の2つの場合を指します。 1. 筋肉の随意運動が消失し、全く動かすことができない場合 2. 上下肢においてそれぞれ3大関節(上肢においては肩関節、肘関節および手関節、下肢においては股関節、膝関節および足関節)の完全強直により回復の見込みがない場合 (人工骨頭もしくは人工関節を挿入置換した場合、自動運動範囲が生理的運動範囲の10分の1以下の場合、動揺関節等で将来的に回復の見込みのない場合ものも含みます。)
22.	手指・足指の自動運動範囲	●自動運動範囲をご記入ください。
23.	四肢関節の自動運動範囲	●自動運動範囲をご記入ください。
24.	その他の障害状態の有無	●身体障害者手帳の発行有無およびその障害内容、要介護状態の認定があればその介護等級、鼻の欠損・機能障害等、診断書 15 項~23 項以外で特筆すべき事項があれば、ご記入ください。 ●精神障害による特徴的なエピソード等ありましたら、ご記入ください。
25.	回復の可能性症状の固定時期	●「症状の固定時期」については、 <b>診療時点での医学的見地から回復する見込みのない(現状が改善されることはない)と判断された日を含みます。</b>

※【医療機関関係者様へ】診断書記入上のご不明点は専用ダイヤル(TEL.03-6737-6440)へお願いします。