

傷害保険後遺障害診断書

東京海上日動火災保険株式会社 宛

カルテNo.	4657381		
氏 名	マウラナ イブラヒムラウ ハジブアン		男・女
生年月日	明治 大正 昭和 (平成) 2年 12月 8日 (34 歳)		
住 所	新潟市西区五ヶ嶺3-8-38 ハイマートケンⅡA101		

◇記入にあたってのお願い

- この用紙は、傷害保険における後遺障害認定のためのものです。事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。
- 歯牙障害については、歯科後遺障害診断書を使用してください。
- 人体図については、裏面のものも利用してください。
- 後遺障害の等級は記入しないでください。

受傷日時	令和6 年 9月 3日	症 状 日	令和7 年 7月 4日
当 院 入院期間	自 令和6 年 9月 13日 (12) 日間 至 令和6 年 9月 17日 (2) 日間	当 院 通院期間	自 令和6 年 9月 4日 実治療日数 至 令和7 年 7月 4日 (13) 日
傷 病 名	左横骨遠位端骨折 (上記の傷病名は 年 月 日 現在のものである)		
既 存 障 害	今回事故以前の精神・身体障害：有・無 (部位・症状・程度)		
自 覚 症 状	左 上 肢 不 自 由		

各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害について、該当項目や有・無に○印を) (つけ①の欄を用いて検査値等を記入してください)

① 精神・神経の障害	<p>知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください。 X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください。 眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください。</p> <p>右 手 関 節 可 動 域 制 限 (程度、右各指)</p>					 <p>(図示してください)</p>	
② 泌尿器の障害	<p>各臓器の機能低下の程度と具体的症状を記入してください。 生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付してください。</p>						
③ 眼球・眼瞼の障害	視 力		調 節 機 能		視 野		眼瞼の障害
	裸 眼 矯 正		近点距離・遠点距離		調節力		
	右			cm	cm	() D	
	左			cm	cm	() D	
	眼 球 運 動	注視野障害 (全方向1/2以上の障害)		右 複 視 左	イ. 正 面 視 ロ. 左 右 上 下 視		
<p>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①の欄に記入してください。</p>							