

オーディオグラムを添付してください。				耳介の欠損		⑤ 鼻 の 障 害		⑦ 醜状障害(採皮痕を含む)						
④ 聴力と耳介の障害	イ. 感音性難聴 (右・左) ロ. 伝音性難聴 (右・左) ハ. 混合性難聴 (右・左)		聴力表示 イ. 聴力レベル ロ. 聴力損失		イ. 耳介の1/2以上 ロ. 耳介の1/2未満 (右⑦欄に図示してください。)	イ. 鼻軟骨部の欠損 (右⑦欄に図示してください。) ロ. 鼻呼吸困難 ハ. 嗅覚脱失 ニ. 嗅覚減退		1. 外傷 イ. 頭部 ロ. 顔面部 ハ. 頸部 2. 上肢 3. 下肢 4. その他						
	検査日	6分平均	最高明瞭度											
	第1回	年 月 日 右 左	dB dB	% %										
	第2回	年 月 日 右 左	dB dB	% %	耳 鳴	⑥ そしゃく・言語の障害	原因と程度 (摂食可能な食物、発音不能な語音など)を左面①欄に記入してください。							
	第3回	年 月 日 右 左	dB dB	% %										
					右・左									
図示してください。裏面も利用してください。														
⑧ 脊柱の障害	圧迫骨折・脱臼(椎弓切除・固定術を含む)の部位			運 動 障 害	イ. 頸椎部		ロ. 胸腰椎部		荷重機能障害					
					前屈	度	後屈	度						
					右屈	度	左屈	度						
X-Pを添付してください。				右回旋	度	左回旋	度	常時コルセット装用の必要性						
								有・無						
⑩ 上肢・下肢および手指・足指の障害	短縮	右下肢長	cm	(部位と原因)		イ. 仮関節 (部位)		ロ. 変形癒合						
		左下肢長	cm			長管骨の変形								
								X-Pを添付してください。						
欠損 (裏面も利用してください。離断部位を図示してください。)	上肢	下肢	上肢	下肢	手	指	足	指						
関節機能障害 (健側患側とも記入してください。日整会方式により自動運動および)	関節名	運動の種類	他 動		自 動		関節名	運動の種類	他 動					
			右	左	右	左			右					
			度	度	度	度			度					
	平肉部	折屈			50	55								
					63	38								
					32	18								
	掌屈	尺屈			33	22								
	尺屈	握屈												
障害内容の増悪・緩解の見通しなどについて記入してください。														
平肉部 軽度可動域制限、持続														
上記のとおり診断いたします。					所在地 新潟市中央区新光町1番地18			代理店受領日	弊社受領日					
					名 称 医療法人仁愛会新潟中央病院									
診 断 日 2025年7月8日					診療科 整形外科									
診断書発行日 2025年7月9日					医師氏名 柴田 美									