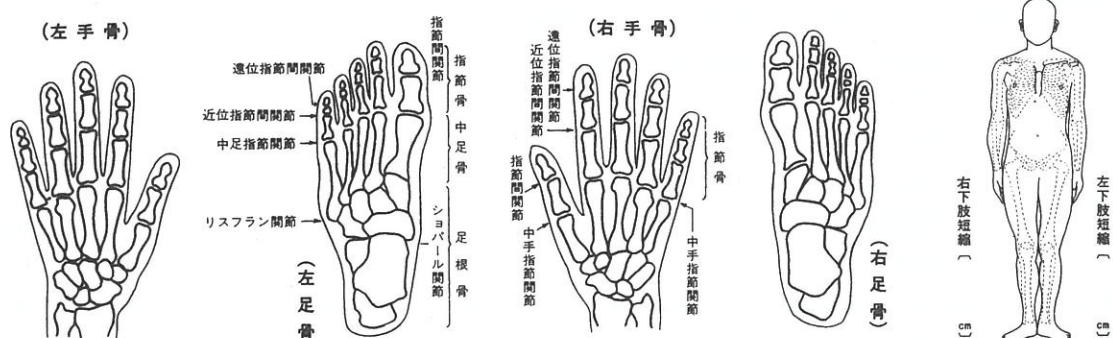


ジブラルタ生命保険株式会社 御中

障 害 診 断 書

1. 氏名 カルテ番号 ()		2. 生年月日 大正 平成 昭和 西暦 年 月 日																						
3. 傷病名		傷病発生年月日																						
ア. 傷病名		年 月 日 (医師推定) (患者申告)																						
イ. アの原因		年 月 日 (医師推定) (患者申告)																						
ウ. 合併症		年 月 日 (医師推定) (患者申告)																						
エ. 障害の部位																								
4. 今回の受傷・発病 以前にあった身体障害	有 → 傷病名 無	障害部位	障害内容																					
5. 治療期間	貴院における初診日: 年 月 日 ~ 年 月 日 (終診) (現在治療中)																							
6. 入院期間	貴院における第1回目入院: 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院) (現在入院中)																							
	第2回目入院: 年 月 日 ~ 年 月 日 (退院) (現在入院中)																							
7. 前医または 紹介医	有 → 医療機関名・医師名 無	住所																						
8. 既往症・持病	有 → 傷病名 無	治療期間	医療機関名																					
9. 今回の受傷（発病）から初診までの経過、初診時の主訴・所見およびその後の経過、障害状態の詳細																								
治療内容																								
手術名: K J I - () 手術日: 年 月 日																								
10. 視力 障害	● 現在の視力について 裸眼視力 矯正視力 矯正不能・不適の場合はその理由 右眼 () () () 左眼 () () ()																							
	● 回復の見込みについて																							
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>回復の見込</td> <td>有の場合、回復後の矯正視力の見込はいずれでしょうか</td> <td>無の場合、左記に該当し且つ回復の見込がなくなった日</td> </tr> <tr> <td>右眼</td> <td>無・有</td> <td>0.02 以下 ・ 0.02 超～0.06 ・ 0.06 超</td> <td>年 月 日頃</td> </tr> <tr> <td>左眼</td> <td>無・有</td> <td>0.02 以下 ・ 0.02 超～0.06 ・ 0.06 超</td> <td>年 月 日頃</td> </tr> </table>				回復の見込	有の場合、回復後の矯正視力の見込はいずれでしょうか	無の場合、左記に該当し且つ回復の見込がなくなった日	右眼	無・有	0.02 以下 ・ 0.02 超～0.06 ・ 0.06 超	年 月 日頃	左眼	無・有	0.02 以下 ・ 0.02 超～0.06 ・ 0.06 超	年 月 日頃									
	回復の見込	有の場合、回復後の矯正視力の見込はいずれでしょうか	無の場合、左記に該当し且つ回復の見込がなくなった日																					
右眼	無・有	0.02 以下 ・ 0.02 超～0.06 ・ 0.06 超	年 月 日頃																					
左眼	無・有	0.02 以下 ・ 0.02 超～0.06 ・ 0.06 超	年 月 日頃																					
11. 聴力 障害	● オージオメーターでの聴力レベル数値 および 回復の見込																							
	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>回復の見込</td> <td>500Hz</td> <td>1000Hz</td> <td>2000Hz</td> <td>4000Hz</td> <td>無の場合、左記に該当し且つ回復の見込がなくなった日</td> </tr> <tr> <td>右</td> <td>無・有</td> <td>() dB</td> <td>() dB</td> <td>() dB</td> <td>() dB</td> <td>年 月 日頃</td> </tr> <tr> <td>左</td> <td>無・有</td> <td>() dB</td> <td>() dB</td> <td>() dB</td> <td>() dB</td> <td>年 月 日頃</td> </tr> </table>				回復の見込	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	無の場合、左記に該当し且つ回復の見込がなくなった日	右	無・有	() dB	() dB	() dB	() dB	年 月 日頃	左	無・有	() dB	() dB	() dB	() dB	年 月 日頃
		回復の見込	500Hz	1000Hz	2000Hz	4000Hz	無の場合、左記に該当し且つ回復の見込がなくなった日																	
右	無・有	() dB	() dB	() dB	() dB	年 月 日頃																		
左	無・有	() dB	() dB	() dB	() dB	年 月 日頃																		
● 使用したオージオメーターについて 注) 新 JIS 規格とは、日本工業規格 (昭和 57 年 8 月 14 日改定) に準拠したオージオメーターを指します。 新 JIS 規格 (聴力レベル) ・ 旧 JIS 規格 (聴力損失)																								
12. そ し や く 機 能 障 害	● 下記の A～D のうち該当する項目に○印をして下さい。 A 通常の飲食物を摂取できる B 粥食またはこれに準ずる程度の飲食物であれば食べられる C 流動食しか摂取できない D その他 ()																							
	● 回復の見込 有・無 無の場合、上記に該当し且つ回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]																							
13. 言 語 機 能 の 障 害	● 下記の A～D のうち該当する項目に○印をして下さい。 A 声帯の摘出 (全部) (一部) B 中枢性失語症 C 構音障害 (発音不能な語音 → 口唇音 ・ 歯舌音 ・ 口蓋音 ・ 喉頭音) D その他 ()																							
	● 下記の a～d のうち該当する項目に○印をして下さい。 a 音声言語による意志の疎通は全くできない b 発語自体は可能だが、自らの意思 (感情・要求など) を正しい意味で伝えることが全くできず、日常生活では音声言語での意思疎通が実質的に不可能 ※意味をなさない発語のみやオウム返しなどの場合を含む c 発語により自らの意思を伝えることができるが、身振り、書字その他の補助動作がなければ明確に伝えることができない d 音声言語による意志の疎通は簡単な単語の発音により、かろうじて可能 e その他 ()																							
		● 回復の見込 有・無 → 無の場合、上記に該当し且つ回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]																						

14. 鼻の障害	● 下記のA～Dのうち該当する項目に○印をして下さい。 A. 鼻軟骨の1/2以上を欠損 ・ B. 両側の鼻呼吸困難 ・ C. 両側の嗅覚脱失 ・ D. その他の障害 ()				
	● 回復の見込 (有)・(無) → (無)の場合、上記に該当し且つ回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]				
15. 中枢神経系、精神または胸腹部臓器（脊髄損傷を含みます）の著しい障害（27欄もご記入下さい。）					
● 日常生活上、介護の要否に関して、下記の項目のうち、該当するものに○印をして下さい。					
A. 食物の摂取		B. 排便・排尿		C. 衣服着脱・起居・歩行・入浴	
⑦ 箸を使用して可能 ⑧ 食器・食物を選定すれば自力で可能 ⑨ 自力では困難 ⑩ 介助がなければ全く不可能		⑦ 通常便器で、自力で可能 ⑧ 特別の器具を使用すれば自力で可能 ⑨ 特別の器具により、自力で排泄できるが、後始末は自力で不能 ⑩ おしめ、特別の器具を使用しており、自力では不能		⑦ 通常の身のまわりの動作可能 ⑧ ベッド上の起居・周囲歩行・衣服着脱・入浴からうじて可能 ⑨ ベッド上の起居・周囲歩行のみからうじて可能 ⑩ ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能 ⑪ 全くのねたきり状態	
D. 精神状態（知能を含む）		⑦ 通常の精神（知能）状態 ⑧ 障害が軽度で監視介助は不要 ⑨ 障害が中程度で大部屋での監視介助が必要 ⑩ 障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要			
● 回復の見込 (有)・(無) → (無)の場合、上記に該当し且つ回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]					
16. 脊柱障害	● 運動障害（自動運動範囲をご記入下さい。）				
	頸 前屈 (0° ~ °) 後屈 (0° ~ °) 右旋 (0° ~ °) 左旋 (0° ~ °) 椎 右屈 (0° ~ °) 左屈 (0° ~ °) 胸 前屈 (0° ~ °) 後屈 (0° ~ °) 腰 右旋 (0° ~ °) 左旋 (0° ~ °) 椎 右屈 (0° ~ °) 左屈 (0° ~ °)				
● 変形障害 通常の衣服を着用しても外部から見て、 (明らかにわかる) ・ (わからない)					
● 回復の見込 (有)・(無) → (無)の場合、上記に該当し且つ回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]					
17. 運動麻痺・欠損・短縮	四肢、手指、足指の切断の場合は切断箇所にはっきりと線を入れて下さい。四肢の完全運動麻痺の場合はその部位を斜線で示して下さい。下肢短縮の場合は、その程度 [cm] を記入して下さい。				
					
● 回復の見込 (有)・(無) → (無)の場合、上記に該当し且つ回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]					
18. 手指・足指の運動障害	自動運動範囲をご記入下さい。				
	● 回復の見込 (有)・(無) → (無)の場合、上記に該当し且つ回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]				
19. 四肢関節の運動障害	自動運動範囲をご記入下さい。				
	● 回復の見込 (有)・(無) → (無)の場合、上記に該当し且つ回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]				

20. 呼吸器の機能障害	① 酸素療法の実施期間		年 月 日 ~ 年 月 日		継続中・終了	
	② 換気機能の検査年月日（酸素療法実施前）		年 月 日			
	a. 予測肺活量：() ml		b. 1秒量：() ml		c. 予測肺活量1秒率：() % (= b/a × 100)	
	③ 動脈血ガスの検査年月日（酸素療法実施前）		年 月 日			
	動脈圧酸素分圧		Torr			
● 回復の見込 ☒ 有・ ☐ 無 → ☐ 無の場合、上記に該当し且つ回復の見込がなくなった日 [年 月 日頃]						
21. 心臓の障害	● 心臓ペースメーカーを植込んだ場合、下記の①～③についてご記入下さい。					
	① ペースメーカー植込術実施日		年 月 日			
	② 今回のペースメーカーの植込は、次のいずれに該当しますか		初回植込・再植込・付属品交換			
	③ 今回のペースメーカーは、恒久的なものですか		恒久的・一時的			
	● 人工弁を置換した場合、下記の④～⑥についてご記入下さい。					
	④ 人工弁置換術実施日		年 月 日			
	⑤ 人工弁の置換（生体弁の移植を含む）は、次のいずれに該当しますか		初回置換・再置換			
22. 腎臓の障害	⑥ 過去に他の弁を人工弁に置換していますか		はい・いいえ			
	① 人工透析療法をいつから受けていますか		年 月 日から			
	② 人工透析療法は恒久的なものですか		恒久的・一時的			
	③ 腎移植を実施しましたか		はい・いいえ			
	「はい」	a. 施行日	年 月 日			
	の場合	b. 今回の移植は「自家腎移植」または「再移植」ですか	はい (自家腎移植・再移植) ・ いいえ			
	④ 人工透析療法実施前または腎臓移植直前の検査数値および検査日をご記入下さい。					
23. 人工膀胱の造設	a. 内因性クレアチニンクリアランス値		() ml/分		検査日： 年 月 日	
	b. 血清クレアチニン濃度		() mg/dl		検査日： 年 月 日	
24. 人工肛門の造設および直腸切除・切断	① 膀胱全摘出術実施日（他院・他科の場合も含みます。）		年 月 日			
	② 人工膀胱造設日		年 月 日			
	③ 尿路変更術実施日		年 月 日			
	① 直腸切除・切断術実施日（他院・他科の場合も含みます。）		年 月 日			
	② 人工肛門造設日		年 月 日			
25. その他の障害状態	③ 造設した人工肛門は永久的なものとして判断しましたか		はい・いいえ			
	「はい」	a. 永久的と判断した日	年 月 日			
	の場合	b. 永久的と判断した理由	肛門摘出・その他 → []			
26. 回復の見込についてのご意見、今後の治療方針・内容などについてご記入下さい。 また、補足するような所見がございましたら、ご記入下さい。						
《以下は、傷病者ご本人様からの保険金請求可否の判断に際し、参考とさせていただきます。》 27. 保険金を請求し、受取る行為の意味を理解できると思われますか？ ☒ A できる ・ ☐ B できない ・ ☐ C その他 ()						
以上のとおり診断（証明）します。 所在地 病院または診療所の名称 TEL 医師氏名						

印

障害診断書作成に際してのご案内

拝啓

時下、ますますご清栄のことと、お喜び申しあげます。

さて、このたび、患者様のご傷病について、診断書を作成いただきますようお願い申し上げます。この診断書は、患者様の弊社保険契約における高度障害保険金・障害給付金のお支払可否等を判断させていただくためにご使用させていただくものです。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、主治医先生におかれましては、下記注意事項をご参照いただいたうえ、ご証明いただきたくお願い申し上げます。

敬具

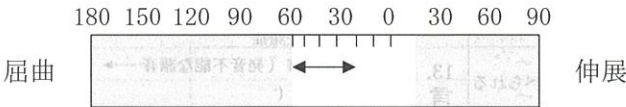
記

- 1. 1 欄から 9 欄および 25 欄・26 欄は、必ずご記入下さい。
- 2. 10 欄から 24 欄は、該当する項目についてご記入下さい。
各項目はつぎのとおりとなっております。
なお、障害のない項目は診断書上の項目ごと斜線で抹消して下さい。

10 欄	視力障害	17 欄	運動麻痺・欠損・短縮
11 欄	聴力障害	18 欄	手指・足指の運動障害
12 欄	そしゃく機能障害	19 欄	四肢関節の運動障害
13 欄	言語機能の障害	20 欄	呼吸器の機能障害
14 欄	鼻の障害	21 欄	心臓の機能障害
15 欄	中枢神経系、精神または胸腹部臓器 の著しい障害	22 欄	腎臓の機能障害
16 欄	脊柱障害	23 欄	人工膀胱の造設
		24 欄	人工肛門の造設および肛門直腸切断

18 欄（手指・足指の運動障害）、19 欄（四肢関節の運動障害）の伸展度、屈曲度は以下のとおりにご記入下さい。

- ・自動運動範囲（自分の力で動かしたもの）をご記入下さい。
- ・関節の可動域が、以下の図のように屈曲位20°から60°の場合には、伸展度-20°、屈曲度60°と記入をお願いします。



- 3. 15 欄の障害に該当する場合には、27 欄もご記入下さい。
- 4. 訂正の場合には、必ず訂正印をお願いします。
- 5. 証明欄（27 欄下）に、ご記入・ご捺印をお願いします。