

障害（補償）等給付請求書に添付して 提出する診断書の様式を見直しました

障害（補償）等給付に係る診断書様式の検討結果を踏まえ、障害（補償）等給付請求用診断書の様式を見直しました。主な変更点は以下のとおりです。

●主な変更点

- 全ての部位ごとに、障害等級認定基準に定められた障害の有無の欄を追加しました。
- 眼、耳の障害等について、各種検査結果の記載欄を追加しました。
- 口の障害等について、認定要件を満たす障害の状態があるか否かの記載欄（歯牙障害については歯科補綴を加えた歯の数等）を追加しました。
- 眼瞼や、耳介、鼻軟骨部の欠損、醜状障害、上肢及び下肢の欠損障害について、障害の状態を確認するため、記載欄に人体図等を追加しました。

※従来の様式から大幅に変更となっているのでご注意ください

●改正後の診断書を作成していただく際には、別紙の「診断書記載例」をご参照下さい。

●**令和8年6月1日以降**に、改正後の診断書により障害等級認定事務を行います。

なお、改正後の診断書は最寄りの都道府県労働局、労働基準監督署でも配布しております。また、以下の厚生労働省ホームページにも掲載しております。


(URL) 厚生労働省HPに掲載後追記予定

このリーフレットに関し、ご不明な点等ございましたら最寄りの都道府県労働局、労働基準監督署へお問い合わせください。

労働者災害補償保険診断書

障害(補償)等給付請求用

氏名	生年月日	年 月 日	年 月 日				
傷病名	負傷又は発病年月日	年 月 日	年 月 日				
障害の部位	治ゆ(症状固定)年月日	年 月 日	年 月 日				
既往歴	既存障害						
及家 業 び の 種 内 通 容							
各部位の障害の状態の詳細 (各部位の障害について、該当項目を有・無に○印を付け各欄に検査数値や所見等を記入してください)							
① 又神は 症 精神 系統 の 障害 機能	ア 高次脳機能障害の有無	有・無	イ 身体性機能障害の有無 (麻痺等)	有・無			
	ウ 非器質性の精神障害の有無	有・無	エ その他、疼痛などの神経障害	有・無			
【神経系統の機能又は精神の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の診断について①の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入してください。併せて、両聴力レベル、ビツチ・マツチ検査及びワイドホスピタル検査などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ウ」非器質性の精神障害の有無は、①「精神障害を認ずる状態」に「1」に加え、時には強度の感情の乱れ、進歩の遅延にも次項が該当する状態も併せて①の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入してください。							
② 胸 腹 部 臓 器 の 障 害	ア 呼吸器の障害	有・無	イ 循環器の障害の有無	有・無			
	ウ 消化器の障害	有・無	エ 泌尿器の障害の有無	有・無			
	オ 生殖器の障害	有・無					
【胸腹部臓器の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の診断について②の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入してください。併せて各種検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。							
③ 眼 の 障 害	ア 視力障害		イ 調節機能障害	ウ 運動障害	エ 眼筋の障害	オ 外傷性散瞳	
	裸眼	矯正	調節力	注視野障害	a 欠損障害 b まぶしげ c 運動障害 (開眼・閉眼障害)	瞳孔の対光反 射が著しく障害 あり、著明な遮 り、遮明と野 明を辨えらるもの	瞳孔の対光反 射が不十分で あり、遮明と野 明を辨えらるもの
	右		() D	有・無	有・無	有・無	有・無
	左		() D	有・無	有・無	有・無	有・無
方 視 視	正面視	正面視以外	キ 視野障害	半盲	視野狭窄	視野変状 (暗点、視野欠損)	
	有・無	有・無		有・無	有・無	有・無	
【眼の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の診断について③の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入してください。 ※視力(方眼式視力値)、ヘムスコンテスト(H44非接触型)、ゴールドマン視野野検査などの検査所見を③の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。また、患者検査として自動視野野などの他の検査所見についても可能な範囲で③の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※併せて眼底状態の散瞳前・散瞳後、中間遠光線、網膜などの他覚的所見を③の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入してください。 ※「エ」眼筋の障害が有る場合は、③の「障害の状態及び治療の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。							

④ 耳 の 障 害	検査日	ア 平均聴力レベル (6分式)	イ 最高明瞭度 (割合)	ウ 耳介の欠損	エ 耳鳴																																									
	第1回	年 右	dB	%	a 耳介の1/2以上の欠損 b その他	a 耳鳴に係る検査に よる響い耳鳴が常 時ある																																								
		月 左	dB	%	右 有・無 有・無	b その他																																								
	第2回	年 右	dB	%	左 有・無 有・無	右 有・無 右 有・無																																								
		月 左	dB	%	オ 耳漏の有無	左 有・無 左 有・無																																								
	第3回	年 右	dB	%	右 有・無 有・無																																									
月 左		dB	%	左 有・無 有・無																																										
【耳の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の診断について④の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入してください。併せて、両聴力レベル、ビツチ・マツチ検査及びワイドホスピタル検査などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ウ」耳介の欠損が有る場合は、④の「障害の状態及び治療の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。 ※「オ」耳漏の有無について、常時耳漏が生じている場合にはその有無を記載欄に記入してください。																																														
⑤ 鼻 の 障 害	ア 鼻腔骨部の欠損			イ 鼻の機能障害																																										
	全部又は大部分		一部欠損	鼻呼吸困難	嗅覚脱失																																									
	有・無		有・無	有・無	有・無																																									
【鼻の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の診断について⑤の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入してください。併せて、TAT(メチルメチル)がマツチの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ア」鼻腔骨部の欠損が有る場合は、⑤の「障害の状態及び治療の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。																																														
⑥ 口 の 障 害	ア もしやく機能の障害		イ 言語機能の障害		ウ 歯牙障害																																									
	※該当する項目に○を記入してください		※該当する項目に○を記入してください		歯科補てつを加えた歯数を記入してください。 例) 前歯補てつ2本、両側の上顎の欠損(歯牙)に付する 材料又は金属歯冠等の補綴の場合には付する歯の 数にその歯冠やインレーを付した歯は補てつに算入 しない。																																									
	流動食以外摂取できない		4種の語言のうち、3種以上発音 が不能		7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7																																									
	粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外摂取できない		4種の語言のうち、2種の発音 が不能		7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7																																									
	固形食物の食でも十分にできない 又はもしやくが十分でないがある		4種の語言のうち、1種の発音 が不能		7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7																																									
	エ 味覚障害		オ その他の障害		該当歯計 歯																																									
味覚脱失		声帯機能による著しいかすれ声		※今回の事故により歯科補てつを加えた歯の数を記入してく ださい。																																										
有・無		有・無		今回の事故等の前に喪失 又は「歯科補てつ」を加え た歯の有無																																										
有・無		有・無		有・無 (有る場合は下の欄に記入 してください)																																										
【口の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の診断について⑥の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入してください。併せて、嚥下テストの結果を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ウ」歯牙障害について、今回の事故等の前に既に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつを行った歯が有る場合は、以下の欄に記入してください。																																														
<table border="1"> <tr> <td colspan="6">今回の事故等の前に喪失又は「歯科補てつ」を加えた歯がある場合</td> </tr> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> <tr> <td colspan="6"></td> <td>該当歯計 歯</td> </tr> </table>						今回の事故等の前に喪失又は「歯科補てつ」を加えた歯がある場合						7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7							該当歯計 歯
今回の事故等の前に喪失又は「歯科補てつ」を加えた歯がある場合																																														
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																	
7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7																																	
						該当歯計 歯																																								
⑦ 醜 状 障 害	ア 外貌			イ 上肢・下肢・その他																																										
	頭部	顔面部	頸部	上肢																																										
	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無																																								
	【醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください】			【醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください】																																										
																																														
【醜状障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の診断について⑦の「障害の状態及び治療の所見」欄に記入してください。																																														

改正後の診断書様式

⑧	せき柱及びその他の	ア せき柱の変形障害			イ 頸椎部、胸椎部の運動障害 <small>(障害のある運動に○を付け、下記「⑩上下肢等関節角度測定表」にその可動域角度を記入してください。)</small>				
		圧迫骨折の有無	固定術の有無	植骨切除術の有無	前 屈	後 屈	左 回旋	右 回旋	
		有・無	有・無	有・無	右回旋	左回旋	右回旋	左回旋	
					エ せき柱の骨質強度障害 <small>(該当する障害がある場合は、下記①、②いずれかに○を記入してください。)</small>				
⑨	上肢（手指含む）及び下肢（足指含む）の障害	ア 欠陥障害（離断部位を下図に図示してください。）							
		上 肢		手 指		足 指			
		下 肢							
		右下肢長	cm	(部位と原因)		欠陥障害	有・無	(部位)	
		左下肢長	cm			変形ゆがみの有無及び部位	有・無	(部位)	
						エ 関節の機能障害の有無		有・無	
⑩ 上下肢等関節角度測定表									
運動方向		部位		屈伸部		回旋部		側屈部	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
外 旋		右		左		右		左	
内 旋		右		左		右		左	
(手指)									
関節名		中手指関節 (MIP)		指関節 (IP)		腕関節		手関節	
部位		右		左		右		左	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(足指)									
関節名		中足指関節 (MIP)		近位指関節 (PIP)		遠位指関節 (DIP)		足関節	
部位		右		左		右		左	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
⑪ 障害の状態及びXP等の所見 <small>(下記⑫～⑭に該当する場合は、当該障害の箇所、障害内容等について記入する。または各欄障害状態を明記してください。)</small>									
(図で示すことができるものは図解してください。)									
⑫ 上下肢等関節角度測定表									
運動方向		部位		肩関節		肘関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(肩)									
運動方向		部位		肩関節		肘関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(肘)									
運動方向		部位		肘関節		手関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(手)									
運動方向		部位		中手指関節 (MIP)		近位指関節 (PIP)		遠位指関節 (DIP)	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(足)									
運動方向		部位		中足指関節 (MIP)		近位指関節 (PIP)		遠位指関節 (DIP)	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
⑬ 障害の状態及びXP等の所見 <small>(下記⑭～⑯に該当する場合は、当該障害の箇所、障害内容等について記入する。または各欄障害状態を明記してください。)</small>									
(図で示すことができるものは図解してください。)									
⑭ 上下肢等関節角度測定表									
運動方向		部位		肩関節		肘関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(肩)									
運動方向		部位		肩関節		肘関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(肘)									
運動方向		部位		肘関節		手関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(手)									
運動方向		部位		中手指関節 (MIP)		近位指関節 (PIP)		遠位指関節 (DIP)	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(足)									
運動方向		部位		中足指関節 (MIP)		近位指関節 (PIP)		遠位指関節 (DIP)	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
⑮ 障害の状態及びXP等の所見 <small>(下記⑯～⑰に該当する場合は、当該障害の箇所、障害内容等について記入する。または各欄障害状態を明記してください。)</small>									
(図で示すことができるものは図解してください。)									
⑯ 上下肢等関節角度測定表									
運動方向		部位		肩関節		肘関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(肩)									
運動方向		部位		肩関節		肘関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(肘)									
運動方向		部位		肘関節		手関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(手)									
運動方向		部位		中手指関節 (MIP)		近位指関節 (PIP)		遠位指関節 (DIP)	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(足)									
運動方向		部位		中足指関節 (MIP)		近位指関節 (PIP)		遠位指関節 (DIP)	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
⑰ 障害の状態及びXP等の所見 <small>(下記⑱～⑳に該当する場合は、当該障害の箇所、障害内容等について記入する。または各欄障害状態を明記してください。)</small>									
(図で示すことができるものは図解してください。)									
⑱ 上下肢等関節角度測定表									
運動方向		部位		肩関節		肘関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(肩)									
運動方向		部位		肩関節		肘関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	
内 転		右		左		右		左	
(肘)									
運動方向		部位		肘関節		手関節		手関節	
屈 曲		右		左		右		左	
伸 展		右		左		右		左	
外 転		右		左		右		左	

診断書記載例(①欄、せき髄損傷の場合)

労働者災害補償保険診断書

障害(補償)等給付請求用

氏名	芳災 太郎	生年月日	平成〇年1月1日
傷病名	せき髄損傷	負傷又は発病年月日	令和〇年4月1日
		初診年月日	令和〇年4月1日
障害の部位	頸髄	治ゆ(症状固定)年月日	令和〇年3月1日
既往歴	なし	既存障害	なし

及療養の経過
 令和〇年4月1日、作業中に高所から転倒し受傷。同日当院へ救急搬送され、CT撮影し上記診断を行った。初診時から両上下肢完全麻痺あり。リハビリ加療継続するも改善なく、現在は自宅にて経過観察中。

各部位の障害の状態の詳細

(各部位の障害について、該当項目有・無に○印を付け各欄に検査数値や所見等を記入してください。)

① 又神は経精系神経の障害機能	ア 高次脳機能障害の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	イ 身体機能障害の有無(麻痺等)	<input checked="" type="radio"/> 有・無
	ウ 非器質性の精神障害の有無	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	エ その他、疼痛などの神経障害	<input checked="" type="radio"/> 有・無

【神経系統の機能又は精神の障害の注意事項】
 ※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
 ※上記ア、イが有の場合はMRI等の検査所見を記入するか、または各種検査所見を添付してください。
 ※上記エが受傷部位に生じた疼痛の場合、i 常時疼痛を残す状態か、ii iに加え、時には強度の疼痛のため、通常の労務にも支障が生ずる状態かも併せて⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

② 胸腹部臓器の障害	ア 呼吸器の障害	有・無	イ 循環器の障害の有無	有・無
	ウ 腹部臓器の障害	有・無	エ 泌尿器の障害の有無	有・無
	オ 生殖器の障害	有・無		

【胸腹部臓器の障害の注意事項】
 ※上記のいずれかの障害について記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて各種検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。

③ 眼の障害	ア 視力障害		イ 調節機能障害	ウ 運動障害	エ 眼瞼の障害(以下のa~cに該当するものがある場合○を記入してください)	オ 外傷性散瞳	
	裸眼	矯正	調節力	注視野障害	a 欠損障害 b まつげはげ c 運動障害(開瞼・閉瞼障害)	瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な差を訴えるもの	瞳孔の対光反射が不十分であり、差を訴えるもの
	右		() D	有・無	有・無	有・無	有・無
	左		() D	有・無	有・無	有・無	有・無
カ 複視	正面視	正面視以外	キ 視野障害	半盲	視野狭窄	視野変状(暗点、視野欠損)	
	有・無	有・無				有・無	有・無

【眼の障害の注意事項】
 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
 ※視力(万国式視力表)、ヘススクリーンテスト(Hess赤緑試験)、ゴールドマン型視野計などの検査所見を⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。また、参考検査として自動視野計などの他の検査所見についても可能な範囲で⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入するか、または各種検査結果を添付してください。
 ※併せて眼症状の原因となる前眼部、中間透体、眼底などの他覚的所見を⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。
 ※エ 眼瞼の障害が有の場合は、⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。

【お願い】

この診断書は、労働者災害補償保険の障害(補償)等給付の決定を行うために作成をお願いするものです。記入漏れや疑義が生じた場合は、作成された医師に照会させていただきますので、ご承知おき下さい。

「各部位の障害の状態の詳細」について、残存障害のある各部位の障害の項目番号、当該部位の記載欄に掲げる障害の有無について○を記入して下さい。

各部位の障害に該当ありの場合、各部位に記載されている【注意事項】をご確認の上、その障害の詳細について、⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記載してください。併せて、MRI等の検査所見についても⑩欄に記載するか、各種検査結果を添付してください。

残存障害がない部位については、斜線を引いてください。

診断書記載例(④欄、耳の障害の場合)

④ 耳の障害	検査日	ア 平均純音聴力レベル (6分式)			イ 最高明瞭度 (語音)			ウ 耳介の欠損				エ 耳鳴																																										
	第1回	○年	右	50	dB	50	%	a 耳介の1/2以上の欠損		b その他		a 耳鳴に係る検査により著しい耳鳴が常時ある		b その他																																								
		○月	左	60	dB	70	%	右	有・無	有・無	右	有・無	右	有・無																																								
		○日		有・無		有・無		有・無	有・無																																													
	第2回	○年	右	46	dB	45	%	左		オ 耳漏の有無		左		左																																								
		○月	左	57	dB	60	%	有・無		有・無		有・無		有・無																																								
		○日		有・無		有・無		有・無	有・無																																													
	第3回	○年	右	44	dB	40	%	右		有・無		有・無		有・無																																								
		○月	左	59	dB	65	%	有・無		有・無		有・無		有・無																																								
		○日		有・無		有・無		有・無	有・無																																													
【耳の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、純音聴力レベル、ピッチ・マッチ検査及びブラドネス・バランス検査などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ウ 耳介の欠損」が有の場合は、⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。 ※「オ 耳漏の有無」について、常時耳漏が生じている場合にその有無を記載欄に記入してください。																																																						
⑤ 鼻の障害	ア 鼻軟骨部の欠損						イ 鼻の機能障害																																															
	全部又は大部分			一部欠損			鼻呼吸困難		嗅覚脱失		嗅覚減退																																											
	有・無			有・無			有・無		有・無		有・無																																											
【鼻の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、T&Tオルファクトメータ等の検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ア 鼻軟骨部の欠損」が有の場合は、⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。																																																						
⑥ 口の障害	ア そしゃく機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください			イ 言語機能の障害 ※該当する項目に○を記入してください			ウ 歯牙障害																																															
	流動食以外は摂取できない			4種の語音のうち、3種以上発音が不能			歯科補てつを加えた歯数を記入してください。 ただし、「歯科補てつ」を加えたものは、現実に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつをい、有床義歯又は架橋義歯等を補綴した場合における支台冠又は鉤の装着部がボス・インレーを行うに留まった歯牙は補てつ歯数に算入しません。																																															
	粥食又はこれに準ずる程度の飲食物以外摂取できない			4種の語音のうち、2種の発音が不能			7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7																																															
	固形食物の中でもそしゃくできない又はそしゃくが十分でないものがある			4種の語音のうち、1種の発音が不能			該当歯計 歯 ※今回の事故により歯科補てつを加えた歯のみを記入してください																																															
	エ 味覚障害			オ その他の障害			今回の事故等の前に喪失又は「歯科補てつ」を加えた歯の有無 (有の場合は下の欄に記入してください)																																															
	味覚脱失		味覚減退	声帯麻痺による著しいかすれ声		開口障害等によるそしゃく機能の低下	有・無																																															
	有・無		有・無	有・無		有・無	有・無																																															
	【口の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、嚥紙ディスク法による味質などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。 ※「ウ 歯牙障害」について、今回の事故等の前に、既に喪失又は著しく欠損した歯牙に対する補てつを行った歯が有の場合は、以下の表に記入してください。																																																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="15">今回の事故等の前に喪失や「歯科補てつ」を加えた歯がある場合</td> </tr> <tr> <td colspan="3">7 6 5 4 3 2 1</td> <td colspan="3">1 2 3 4 5 6 7</td> <td colspan="6"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">7 6 5 4 3 2 1</td> <td colspan="3">1 2 3 4 5 6 7</td> <td colspan="6">該当歯計 歯</td> </tr> </table>															今回の事故等の前に喪失や「歯科補てつ」を加えた歯がある場合															7 6 5 4 3 2 1			1 2 3 4 5 6 7									7 6 5 4 3 2 1			1 2 3 4 5 6 7			該当歯計 歯					
	今回の事故等の前に喪失や「歯科補てつ」を加えた歯がある場合																																																					
7 6 5 4 3 2 1			1 2 3 4 5 6 7																																																			
7 6 5 4 3 2 1			1 2 3 4 5 6 7			該当歯計 歯																																																
⑦ 醜状障害	ア 外貌						イ 上肢・下肢・その他																																															
	頭部		顔面部		頸部		上肢		下肢		その他の部位																																											
	有・無		有・無		有・無		有・無		有・無		有・無																																											
(醜状の大きさ、形態等を以下に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください)																																																						
																																																						
【醜状障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。																																																						

「各部位の障害の状態の詳細」について、残存障害のある各部位の障害の項目番号、当該部位の記載欄に掲げる障害の有無について○を記入して下さい。

各部位の障害に該当ありの場合、各部位に記載されている【注意事項】をご確認の上、その障害の詳細について、⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記載してください。併せて、各種検査所見についても⑩欄に記載するか、各種検査結果を添付してください

耳介の欠損が有り場合は、⑩の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付して下さい記載してください

残存障害がない部位については、斜線を引いてください。

診断書記載例(⑨欄、上肢の障害の場合)

⑧ せき柱及びその他の骨	ア せき柱の変形障害			イ 頸椎部、胸腰椎部の運動障害 (障害のある運動に○を付け、下記「⑩上下肢等関節角度測定表」にその可動域角度を記入してください。)			
	圧迫骨折の有無	固定術の有無	椎弓切除術の有無	前屈	後屈	右回旋	左回旋
	有・無	有・無	有・無	右側屈	左側屈		
	ウ その他体幹骨の変形の有無 (裸体になって変形が明らかになる程度のものがある場合に、下記①～⑤に○を記入してください。)			エ せき柱の荷重機能障害 (該当する障害がある場合は、下記①、②いずれかに○を記入してください。)			
①鎖骨 ②胸骨 ③肋骨 ④肩甲骨 ⑤骨盤骨			①頭部及び腰部の両手の保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの		②頭部又は腰部のいずれかの保持に困難があり、常に硬性補装具を必要とするもの		
【せき柱及びその他の体幹骨の障害の注意事項】 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記載するか、または検査結果を添付してください。							

「各部位の障害の状態の詳細」について、残存障害のある各部位の障害の項目番号、当該部位の記載欄に掲げる障害の有無について○を記入して下さい。

⑨ 上肢(手指含む)及び下肢(足指含む)の障害	ア 欠障害(離断部位を下図に図示してください。)							
	上肢				手指			
	(右)		(左)		(右)		(左)	
	下肢				足指			
	(右)		(左)		(右)		(左)	
	イ 短縮障害	右下肢長	cm	(部位と原因)	ウ 変形障害	偽関節(仮関節)の有無及び部位(ゆ合不良)	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	(部位)
		左下肢長	cm			変形ゆ合の有無及び部位	有 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/>	(部位)
	エ 関節の機能障害の有無				【上肢及び下肢の障害の注意事項】 ※左記に関節の機能障害の有無に○をしてください。有の場合は⑩の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記入してください。 ※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、各種検査所見を記入するか、または検査結果を添付してください。			

切断、離断部位がある場合は、その部位が分かるよう記載して下さい。

各部位の障害に該当ありの場合、各部位に記載されている【注意事項】をご確認の上、その障害の詳細について、⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記載してください。併せて、各種検査所見についても⑪欄に記載するか、各種検査結果を添付してください

⑩ 上下肢等関節角度測定表									
部位	運動方向	屈曲(前屈)		伸展(後屈)		回旋		側屈	
		右	左	右	左	右	左	右	左
頭部									
胸腰部									
部位	運動方向	肩関節		部位	ひじ関節		手関節		
		右	左		右	左	右	左	
屈曲(前方拳上)				屈曲(掌屈)					
伸展(後方拳上)				伸展(背屈)					
外転(側方拳上)				機屈					
内転				尺屈					
外旋				部位	前腕				
内旋									
				回内					
				回外					

関節の機能障害の有無について○を記載するとともに、有りの場合は、必ず⑩欄の「上下肢等関節角度測定表」に測定結果を記載してください。

(手指)								
部位	関節名	中手指節関節 (MP)		指節間関節 (IP)		部位	右	左
		右	左	右	左			
母指	屈曲	40	60	45	80	機腕外転	40	60
	伸展	5	10	5	10		掌腕外転	50
部位	関節名	中手指節関節 (MCP)		近位指節間関節 (PIP)		遠位指節間関節 (DIP)		
		右	左	右	左	右	左	
示指	屈曲	30	90	100	80			
	伸展	10	45	0	0			
中指	屈曲	60	90	50	100	40	80	
	伸展	30	45	0	0	0	0	
環指	屈曲	90	90	100	100	80	80	
	伸展	45	45	0	0	0	0	
小指	屈曲	90	90	100	100	80	80	
	伸展	45	45	0	0	0	0	

測定表のうち、障害のある必要部分のみ記載してください。また、患側だけでなく、健側も記載してください。

原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合は、その理由を⑩欄の測定表の下の記載欄に記入して下さい。

診断書記載例

⑩ 上下肢等関節角度測定表

部位		股関節		部位		ひざ関節		足関節	
		右	左			右	左	右	左
運動方向	屈曲			運動方向	屈曲(底屈)				
	伸展				伸展(背屈)				
	外転								
	内転								
	外旋								
	内旋								

(足指)

部位		中足指節関節 (MTP)		指節間関節 (IP)			
		右	左	右	左		
第1足指	屈曲						
	伸展						

部位		中足指節関節 (MTP)		近位指節間関節 (PIP)		遠位指節間関節 (DIP)	
		右	左	右	左	右	左
第2足指	屈曲						
	伸展						
第3足指	屈曲						
	伸展						
第4足指	屈曲						
	伸展						
第5足指	屈曲						
	伸展						

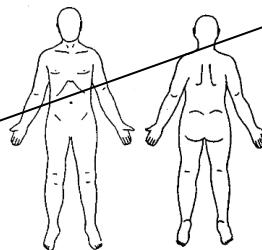
※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。また、患側のみならず健側も測定してください。
 ※原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を以下に記入してください。

(自動運動で測定した理由)

⑪ 障害の状態及びXP等の所見

(上記①～⑩で該当ありの場合、当該障害の詳細、検査所見等について記入するか、または各種検査結果等を添付してください。)

(図で示すことができるものは図解してください。)



上記①～⑩の障害について記載した場合は、その障害の詳細について、具体的に記載するとともに、障害が生じている部位を身体図に明示してください。

併せて、各種検査所見についてもこの欄に記載するか、各種検査結果を添付してください

疼痛等の神経症状を残す場合は、その程度についても記載してください。

アフターケアの必要性についてその有無を○で記載してください。また、上記①～⑩のどの障害かも併せて記載してください。

アフターケア制度については、対象となる傷病、措置内容が限定されています。詳細は以下のリンクをご確認ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000065527_0004.html

労災保険制度の アフターケアの必要性	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	①	※有無のいずれかに○をしてください。アフターケアの対象となるケガや病気は定められており、一定の障害等級などを対象者の要件としています。複数の障害がある場合は、アフターケアの必要性が認められる上記①～⑩の障害の番号を全て記入してください。
-----------------------	---	---	--

上記のとおり診断します。

〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話(03)1234-〇〇〇〇

所在地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇

令和〇年 3月 9日

名称 霞ヶ関総合病院

診断担当者 (診療科) (氏名)
氏名等 整形外科 基準 花子

都道府県労働局一覧

都道府県	郵便番号	住所	電話番号
北海道	060-8566	札幌市北区北8条西2-1-1 札幌第1合同庁舎	011(709)2311
青森	030-8558	青森市新町2-4-25 青森合同庁舎	017(734)4115
岩手	020-8522	盛岡市盛岡駅西通1-9-15 盛岡第2合同庁舎	019(604)3009
宮城	983-8585	仙台市宮城野区鉄砲町1 仙台第4合同庁舎	022(299)8843
秋田	010-0951	秋田市山王7-1-3 秋田合同庁舎	018(883)4275
山形	990-8567	山形市香澄町3-2-1 山交ビル	023(624)8227
福島	960-8513	福島市花園町5-46 福島第二地方合同庁舎	024(536)4605
茨城	310-8511	水戸市宮町1-8-31 茨城労働総合庁舎	029(224)6217
栃木	320-0845	宇都宮市明保野町1-4 宇都宮第2地方合同庁舎	028(634)9118
群馬	371-8567	前橋市大手町2-3-1 前橋地方合同庁舎	027(896)4738
埼玉	330-6016	さいたま市中央区新都心11-2 ランド・アクセス・タワー	048(600)6207
千葉	260-8612	千葉市中央区中央4-11-1 千葉第2地方合同庁舎	043(221)4313
東京	102-8306	千代田区九段南1-2-1 九段第3合同庁舎	03(3512)1617
神奈川	231-8434	横浜市中区北仲通5-57 横浜第2合同庁舎	045(211)7355
新潟	950-8625	新潟市中央区美咲町1-2-1 新潟美咲合同庁舎2号館	025(288)3506
富山	930-8509	富山市神通本町1-5-5 富山労働総合庁舎	076(432)2739
石川	920-0024	金沢市西念3-4-1 金沢駅西合同庁舎	076(265)4426
福井	910-8559	福井市春山1-1-54 福井春山合同庁舎	0776(22)2656
山梨	400-8577	甲府市丸の内1-1-11	055(225)2856
長野	380-8572	長野市中御所1-22-1	026(223)0556
岐阜	500-8723	岐阜市金竜町5-13 岐阜合同庁舎	058(245)8105
静岡	420-8639	静岡市葵区追手町9-50 静岡地方合同庁舎	054(254)6369
愛知	460-0008	名古屋市中区栄2-3-1 名古屋広小路ビルヂング	052(855)2147
三重	514-8524	津市島崎町327-2 津第二地方合同庁舎	059(226)2109
滋賀	520-0806	大津市打出浜14-15 滋賀労働総合庁舎	077(522)6630
京都	604-0846	京都市中京区両替町通御池上ル金吹町451	075(241)3217
大阪	540-8527	大阪市中央区大手前4-1-67 大阪合同庁舎第2号館	06(6949)6507
兵庫	650-0044	神戸市中央区東川崎町1-1-3 神戸クリスタルタワー	078(367)9155
奈良	630-8113	奈良市法蓮町163-1 新大宮愛正寺ビル	0742(32)1910
和歌山	640-8581	和歌山市黒田2-3-3 和歌山労働総合庁舎	073(488)1153
鳥取	680-8522	鳥取市富安2-89-9	0857(29)1706
島根	690-0841	松江市向島町134-10 松江地方合同庁舎	0852(31)1159
岡山	700-8611	岡山市北区下石井1-4-1 岡山第2合同庁舎	086(225)2019
広島	730-8538	広島市中区上八丁堀6-30 広島合同庁舎第2号館	082(221)9245
山口	753-8510	山口市中河原町6-16 山口地方合同庁舎2号館	083(995)0374
徳島	770-0851	徳島市徳島町城内6-6 徳島地方合同庁舎	088(652)9144
香川	760-0019	高松市サンポート3-33 高松サンポート合同庁舎	087(811)8921
愛媛	790-8538	松山市若草町4-3 松山若草合同庁舎	089(935)5206
高知	781-9548	高知市南金田1-39 高知労働総合庁舎	088(885)6025
福岡	812-0013	福岡市博多区博多駅東2-11-1 福岡合同庁舎新館	092(411)4799
佐賀	840-0801	佐賀市駅前中央3-3-20 佐賀第2合同庁舎	0952(32)7193
長崎	850-0033	長崎市万才町7-1 TBM長崎ビル	095(801)0034
熊本	860-8514	熊本市西区春日2-10-1 熊本地方合同庁舎	096(355)3183
大分	870-0037	大分市東春日町17-20 大分第2ソフィアプラザビル	097(536)3214
宮崎	880-0805	宮崎市橘通東3-1-22 宮崎合同庁舎	0985(38)8837
鹿児島	892-0842	鹿児島市東千石町14-10 天文館NNビル	099(223)8280
沖縄	900-0006	那覇市おもろまち2-1-1 那覇第2地方合同庁舎1号館	098(868)3559

労災保険に関する詳しい情報・お問い合わせ

最寄りの都道府県労働局または労働基準監督署にご相談ください。

■ 全国の労働基準監督署 一覧



■ 労災保険相談ダイヤル

0570-006031 (平日8:30~17:15)

精神障害の労災補償や労災保険給付などに関する一般的な質問は、こちらでも受け付けています。
※ご利用には通話料がかかります。