労働者・労災医療を担当する医師の皆さま

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留意ください

●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）https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001685721.pdf

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。

ひと、くらし、みらいのために
厚生労働省
Ministry of Health, Labour and Welfare

都道府県労働局・労働基準監督署

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
傷病名		負傷又は発病年月日	年　月　日
		初診年月日	年　月　日
障害の部位		治ゆ（症状固定）年月日	年　月　日
既往歴		既存障害	

療養及び経過の概要	

各部位の障害の状態の詳細

（各部位の障害について、該当項目や有・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 神経系統又は精神の障害能

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⑪の「障害の状態及び⑫等の所見」欄に記入してください。
※上記ア、イがある場合は、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、１年時疼痛を除す状態が、８１に加え、時には強度の疼痛のため、通常の労働にも支障が生ずる状態が生じ併せて⑪の「障害の状態及び⑫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⑪の「障害の状態及び⑫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 眼球の障害（該当するものの□内に○印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、著明な羞明を訴えるもの	瞳孔の対光反射が不十分であり、羞明を訴えるもの
右			（　）D	有・無	有・無		有・無	有・無
左			（　）D	有・無	有・無		有・無	有・無

カ 複視		キ 視野障害			
正面視	正面視以外	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、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及び⑫等の所見」欄に記入してください。
※視力（万国式試視力表）、ヘスグリーンテスト（kissa赤緑試験）、ゴールドマン動視野計などの検査所見を⑫の「障害の状態及び⑫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⑫の「障害の状態及び⑫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、中間透光体、眼底などの異常所見を⑪の「障害の状態及び⑫等の所見」欄に記入してください。
※「エ 眼瞼の障害」がある場合は、⑪の「障害の状態及び⑫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。

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		
							a 耳介のL/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	
第1回	年	右		dB		%			右 有・無	右 有・無	
	月日	左		dB		%	右 有・無	有・無			
第2回	年	右		dB		%			左 有・無	左 有・無	
	月日	左		dB		%	左 有・無	有・無	オ 耳漏の有無		
第3回	年	右		dB		%	右 有・無	有・無			
	月日	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、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及び⑫等の所見」欄に記入してください。併せて、純音聴力レベル、ピッチパッチ検査及びフラノボ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」がある場合は、⑪の「障害の状態及び⑫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⑪の「障害の状態及び⑫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」がある場合は、⑪の「障害の状態及び⑫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）	
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	
粥食又はこれに準ずる程度の軟食以外は摂取できない		4種の語音のうち、2種の発音が不能	
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	

エ 味覚障害		オ その他の障害	
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

ウ 歯牙障害

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」とは、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う。有床義歯又は架橋義歯等を補綴した場合における支台歯又は鉤の装着歯そのほかインレーを行った歯牙は補てつ物数に算入しません。

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

※今回の事故により歯科補てつを加えた歯のみを記入してください

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（有の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、その障害の状態の詳細について⑪の「障害の状態及び⑫等の所見」欄に記入してください。併せて、嚥下ゲルマン法による味覚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牙の場合は、以下の表に記入してください。

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

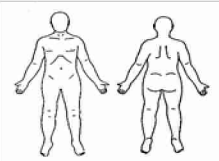
7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7　該当歯 計　歯

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⑪の「障害の状態及び⑫等の所見」欄に記入してください。

改正後の診断書様式

改正後の診断書様式

⑧ せき柱及びその他の体幹骨の障害

ア せき柱の変形障害

圧迫骨折の有無	固定術の有無	補号切除術の有無
有・無	有・無	有・無

イ 頚椎部、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。）

前屈		後屈	
右回旋		左回旋	
右側屈		左側屈	

ウ その他体幹骨の変形の有無

（運動によって変形が明らかにわか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。）

①鎖骨　②胸骨　③肋骨　④肩甲骨　⑤骨盤骨

エ せき柱の脊髄機能障害

（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。）

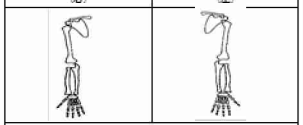
①頭部及び腰部の両方の保持に困難があり、常に頚椎補装具を必要とするもの	②頭部又は腰部のいずれかの保持に困難があり、常に頚椎補装具を必要とするもの

【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認定した場合は、その障害の状態の詳細について⑪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。

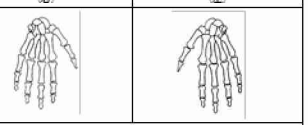
⑨ 上肢（手指含む）及び下肢（足指含む）の障害

ア 欠障損害（離断部位を下図に図示してください。）

上肢

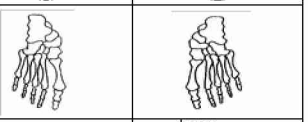


手指



下肢

足指



イ 短縮障害

右下肢長	cm	（部位と原因）
左下肢長	cm	

ウ 変形障害

偽関節（仮関節）の有無及び部位（治合不良）	有・無	（部位）
変形治合の有無及び部位	有・無	（部位）

※常に頚椎補装具が必要等、上記障害の詳細を⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

エ 関節の機能障害の有無

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認定した場合は、その障害の状態の詳細について⑪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。

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 右	回旋 左	側屈 右	側屈 左
頚部						
腰椎部						

部位＼運動方向	肩関節 右	肩関節 左
屈曲（前方挙上）		
伸展（後方挙上）		
外転（側方挙上）		
内転		
外旋		
内旋		

部位＼運動方向	ひじ関節 右	ひじ関節 左	手関節 右	手関節 左
屈曲（掌屈）				
伸展（背屈）				
橈屈				
尺屈				

部位＼運動方向	前腕 右	前腕 左
回内		
回外		

（手指）

部位＼関節名		中手指節関節（MP） 右	中手指節関節（MP） 左	指節間関節（IP） 右	指節間関節（IP） 左
示指	屈曲				
	伸展				
中指	屈曲				
	伸展				
環指	屈曲				
	伸展				
小指	屈曲				
	伸展				

部位＼関節名		中手指節関節（MCP） 右	中手指節関節（MCP） 左	近位指節間関節（PIP） 右	近位指節間関節（PIP） 左	遠位指節間関節（DIP） 右	遠位指節間関節（DIP） 左
示指	屈曲						
	伸展						
中指	屈曲						
	伸展						
環指	屈曲						
	伸展						
小指	屈曲						
	伸展						

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

（足指）

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

部位＼関節名		中足指節関節（MTP） 右	中足指節関節（MTP） 左	近位指節間関節（PIP） 右	近位指節間関節（PIP） 左	遠位指節間関節（DIP） 右	遠位指節間関節（DIP） 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						

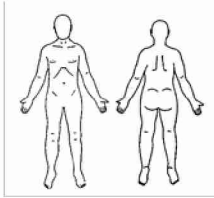
※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。また、患側のみならず健側も測定してください。
※原則、能動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を以下に記入してください。

（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①～⑨で該当なしの場合、当該疾病の臨床、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。）

（図や余白ことばで含うものは図解してください。）



労災保険制度のアフターケアの必要性	
有	
無	

※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①～⑨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。

年　月　日

〒　－　　電話（　）　－

所在地

名称

（診療科）　（氏名）

診断担当者
氏名等

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	労災　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

療養及びの経過内容

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、該当項目や有・無に〇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神経系統の機能又は精神の障害

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⑪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、ⅱｉ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⑪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⑪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れば〇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、著明な羞明を訴えるもの	瞳孔の対光反射が不十分であり、羞明を訴えるもの
右			（　　）D	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
左			（　　）D	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

カ　複視			キ　視野障害			
正面視	正面視以外		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、その障害の状態の詳細について⑪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（万国式試視力表）、ヘスクリーンテスト（Hess赤緑試験）、ゴールドマン型視野計などの検査所見を⑪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⑪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、中間透光体、眼底などの他覚的所見を⑪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、⑪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くことがありますので、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〇を記入して下さい。

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、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、MRI等の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

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			
							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	
第1回	○年	右	50 dB	50 %					右	有・(無)	右	有・(無)
	○月○日	左	60 dB	70 %	右	有・(無)	有・(無)					
第2回	○年	右	46 dB	45 %	左	有・(無)	有・(無)		左	有・(無)	左	有・(無)
	○月○日	左	57 dB	60 %	オ 耳漏の有無							
第3回	○年	右	44 dB	40 %	右	有・(無)	有・(無)					
	○月○日	左	59 dB	65 %	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、その障害の状態の詳細について⑪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・マッチ検査及びラウドネス・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、⑪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⑪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、⑪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	
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	
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	
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	

ウ 歯牙障害

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」ものとは、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鈎の装着歯やポスト・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。

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	
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

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（有の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、その障害の状態の詳細について⑪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、濾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。

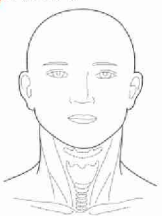
今回の事故等の前に喪失や「歯科補てつ」を加えた歯がある場合

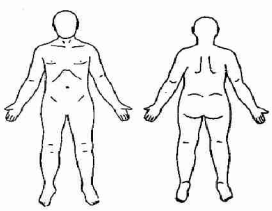
7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7
7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7

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⑪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、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

耳介の欠損が有り場合は、⑪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体幹骨

ア せき柱の変形障害

圧迫骨折の有無	固定術の有無	椎弓切除術の有無
有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無

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。）

前屈		後屈	
右回旋		左回旋	
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わか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。）

①鎖骨 ②胸骨 ③肋骨 ④肩甲骨 ⑤骨盤骨

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頸部及び腰部の両方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頸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⑪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。

⑨ 上肢（手指含む）及び下肢（足指含む）の障害

ア 欠障損害（離断部位を下図に図示してください。）

上肢

（右）

（左）

手指

（右）

右示指基節骨底部より遠位欠損

（左）

下肢

（右）

（左）

足指

（右）

（左）

イ 短縮障害

右下肢長	cm	（部位と原因）	
左下肢長	cm		

ウ 変形障害

偽関節（仮関節）の有無及び部位（ゆ合不良）	有 ・ 無	（部位）
変形ゆ合の有無及び部位	有 ・ 無	（部位）

※常に硬性補装具が必要等、上記障害の詳細を⑪の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

エ 関節の機能障害の有無

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⑪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。

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 右	回旋 左	側屈 右	側屈 左
頸部						
胸腰部						

運動方向＼部位	肩関節 右	肩関節 左
屈曲（前方挙上）		
伸展（後方挙上）		
外転（側方挙上）		
内転		
外旋		
内旋		

運動方向＼部位	ひじ関節 右	ひじ関節 左	手関節 右	手関節 左
屈曲（掌屈）				
伸展（背屈）				
橈屈				
尺屈				

運動方向＼部位	前腕 右	前腕 左
回内		
回外		

（手指）

部位＼関節名		中手指節関節（MP） 右	中手指節関節（MP） 左	指節間関節（IP） 右	指節間関節（IP） 左	部位	右	左
母指	屈曲	40	60	45	80	橈側外転	40	60
	伸展	5	10	5	10	掌側外転	50	90

部位＼関節名		中手指節関節（MCP） 右	中手指節関節（MCP） 左	近位指節間関節（PIP） 右	近位指節間関節（PIP） 左	遠位指節間関節（DIP） 右	遠位指節間関節（DIP） 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

「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。

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

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。

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 / 運動方向	股関節 右	股関節 左	部位 / 運動方向	ひざ関節 右	ひざ関節 左	足関節 右	足関節 左
屈　曲			屈　曲(底屈)				
伸　展			伸　展(背屈)				
外　転							
内　転							
外　旋							
内　旋							

（足指）

部位 / 関節名		中足指節関節（MTP） 右	中足指節関節（MTP） 左	指節間関節（IP） 右	指節間関節（IP） 左
第1足指	屈　曲				
	伸　展				

部位 / 関節名		中足指節関節（MTP） 右	中足指節関節（MTP） 左	近位指節間関節（PIP） 右	近位指節間関節（PIP） 左	遠位指節間関節（DIP） 右	遠位指節間関節（DIP） 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						

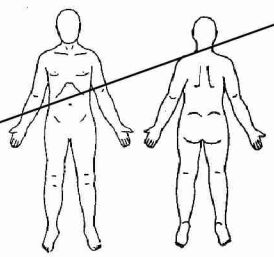
※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。また、患側のみならず健側も測定してください。
※原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を以下に記入してください。

（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①～⑨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。）



労災保険制度のアフターケアの必要性	有 / 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①～⑨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。

令和○ 年 3 月 9 日

〒 ○○○ － ○○○○　電話(03)1234－○○○○

所在地　東京都千代田区霞が関○-○-○

名称　霞ヶ関総合病院

診断担当者氏名等　（診療科）整形外科　（氏名）基準 花子

上記①～⑨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①～⑨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_00004.html

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・アクシス・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ご質問は、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。

(R8.4)