

ご証明いただく先生へ

## 「団体保険用 障害診断書」作成にあたってのお願い

この「団体保険用 障害診断書」は、高度障害保険金・障害給付金のお支払要件に該当するかどうかを判断するための基礎書類となります。

ご多忙の折り誠に恐縮ではございますが、以下をご参照のうえ、ご証明くださいますようお願い申し上げます。

①障害のない項目は斜線をご記入ください。(なお、疾病による障害の場合は、15項、19項の記入は不要です)

②16項(そしゃく機能障害)について

そしゃく機能障害による食物摂取状況については、嚥下機能障害によるものも含めてご記入ください。

③19項(脊柱運動障害)、21項(手指・足趾の運動障害)には、自動運動範囲をご記入ください。

④「症状固定時期」について

・高度障害保険金は、その該当する時期により、お支払い金額が相違する場合がございます。したがって、大変お手数ではございますが、14～19、21・22項のそれぞれの項目について、症状の固定・未固定のご判断について、また、固定している場合はその時期についてご記入ください。

・進行性疾患等で回復の見込みがなく、今後状態が悪化していくと判断されている場合は、「診断書に記載された障害状態となられた時期」をご記入ください。

⑤22項(四肢関節の運動障害)の「関節運動筋力」について

「関節運動筋力」は「正常またはやや減(MMT4,5)」、「半減(MMT3)」、「著減又は消失(MMT0~2)」のいずれか該当する欄に○印をご記入ください。(本証明書におけるMMTの定義につきましては、右側の<参考>をご参照ください)

### 【留意事項】

- ・ご記入の際は、黒インクにてお願いいたします。また、訂正される場合は必ず証明印による訂正をお願いいたします。
- ・○印の項目には、いずれかに○印をご記入ください。
- ・後日弊社または弊社が委託した会社の担当者より、本証明書の内容についてお伺いさせていただく場合がございます。その際にはご協力のほどよろしくお願い申し上げます。

### <参考> MMT (徒手筋力検査法) について

- |            |  |
|------------|--|
| 5 (normal) | ：強い抵抗を加えても、重力にうちかって関節を正常可動域いっぱい動かすことができる筋力がある。                 |
| 4 (good)   | ：かなりの抵抗を加えても、重力にうちかって正常な関節可動域いっぱい動かす筋力がある。                     |
| 3 (fair)   | ：抵抗を加えなければ、重力にうちかって正常な関節可動域いっぱい動かすことができる。しかし、抵抗が加わると関節が全く動かない。 |
| 2 (poor)   | ：重力を除けば正常な関節可動域いっぱい関節を動かす筋力がある。                                |
| 1 (trace)  | ：筋肉の収縮は認められるが、関節運動は全く生じない。                                     |
| 0 (Zero)   | ：筋肉の収縮が全く認められない。   |

1.氏名 男 女

2.生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

3.傷病名

7.発病(受傷)日 平成 令和 年 月 日 (医師推定/患者申告)

8.初診日 平成 令和 年 月 日

9.入院日 平成 令和 年 月 日

10.退院日(現在入院中) 平成 令和 年 月 日

11.終診日(現在治療中(当院・他院)) 年 月 日

12.前医 有 無 →住所・氏名

13.今回の発病(受傷)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

手術名 手術日: 平成 令和 年 月 日

14.視力障害  
右眼 裸眼視力(矯正視力) ( ) その理由 ( )  
左眼 ( ) ( )  
【症状固定】(未固定)(固定)→時期: 平成 令和 年 月 日頃

15.聴力障害  
該当する項目に○印をご記入ください  
a.聴力レベル 周波数 500Hz 1000Hz 2000Hz 4000Hz  
右( )dB ( )dB ( )dB ( )dB  
左( )dB ( )dB ( )dB ( )dB  
b.聴力損失  
【症状固定】(未固定)(固定)→時期: 平成 令和 年 月 日頃

16.機能障害  
(下記A~Cのうち該当する項目に○印をご記入ください)  
A.通常の飲食物が食べられる  
B.かゆ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  
【症状固定】(未固定)(固定)→時期: 平成 令和 年 月 日頃

17.言語機能の障害  
(程度) (該当する項目に○印をご記入ください)  
A.言語機能のそつ失(音声語による意志の疎通が全くできない)  
B.言語機能の著しい障害(身振り、書字その他の補助動作がなくては音声言語による意志の疎通が困難である)  
C.言語機能の障害(簡単な単語の発語により意志の疎通がcaろうじて可能)  
D.その他( )  
(原因)  
a.声帯てき出(1.全部 2.一部)  
b.中枢性失語症  
c.構音障害(1.口唇音 2.歯舌音 3.口蓋音 4.こう頭音) → 4音中3音が全く発音不能か (はい いいえ)  
d.その他( )  
【症状固定】(未固定)(固定)→時期: 平成 令和 年 月 日頃

18.中枢神経系(脊髄損傷を含む)または精神の障害・胸腹部臓器の著しい障害(下記の項目のうち、該当するものに○をご記入ください)

A.食物の摂取 ア、箸を使用して可能 イ、食器・食物を選定すれば、自力で可能 ウ、自分では困難 →食べこぼしの量(約 割) →所要時間(約 分程度) エ、介助がなければ全く不可能	B.排便・排尿 ア、通常便器で、自力で可能 イ、特別の器具を使用すれば自力で可能 ウ、特別の器具により、自力で排泄できるが、あとしまつは自力で不能 エ、おしめ・特別の器具を使用しており、自力では不能	C.衣服着脱・起居・歩行・入浴 ア、通常の身のまわりの動作可能 イ、ベッド上の起居・周辺歩行・衣服着脱・入浴caろうじて可能 ウ、ベッド上の起居・周辺歩行のみcaろうじて可能 エ、ベッド上の起居はcaろうじて可能であるが歩行は不能 オ、ねがえり・ベッド上の小移動のみ自力で可能 カ、全くのねたきり状態	D.精神状態(知能を含む) ア、通常精神(知能)状態 イ、障害が軽度で監視介助は不要 ウ、障害が中程度で大部屋での監視介助が必要 エ、障害が高度で常に監視介助または個室隔離が必要
---	---	--	---

【症状固定】(未固定)(固定)→時期: 平成 令和 年 月 日頃

19.脊柱障害  
A.運動障害  
頸椎 前屈(0°~°) 後屈(0°~°) 右旋(0°~°) 左旋(0°~°)  
腰椎 前屈(0°~°) 後屈(0°~°) 右旋(0°~°) 左旋(0°~°)  
B.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  
【症状固定】(未固定)(固定)→時期: 平成 令和 年 月 日頃

お願い

3 1 障害のない項目は斜線を○印を記入してください。(疾病による障害の場合には、15項、19項のご記入は不要です。)

5 3 1 進行性疾患等で回復の見込みがなく、今後状態が悪化していくと判断されている場合、「症状固定時期には、「診断書に記載された障害状態となられた時期をご記入ください。」訂正の場合、必ず証明印による訂正印を捺印してください。

20.運動麻痺・欠損・短縮  
(四肢、手指、足趾の切断の場合は、切断箇所にはっきりと線をご記入ください。四肢の運動麻痺の場合は、その部位を斜線で示し、該当する運動麻痺に○印をご記入ください。下肢短縮の場合は、その程度[cm]を記入してください。)

【症状固定】(未固定)(固定)→時期: 平成 令和 年 月 日頃

21.手指・足趾の運動障害

		第1指(母指)		第2指(示指)		第3指(中指)		第4指(環指)		第5指(小指)	
		屈曲	伸展								
右	近位指節間関節(PIP) (第1指は指節間関節)										
	中手(足)指節関節(MP)										
左	近位指節間関節(PIP) (第1指は指節間関節)										
	中手(足)指節関節(MP)										

【症状固定】(未固定)(固定)→時期: 平成 令和 年 月 日頃

22.四肢関節の運動障害

部位	運動の種類	右			左		
		完全強直(○印)	自動可動域	他動可動域	完全強直(○印)	自動可動域	他動可動域
肩関節	屈曲						
	伸展						
	内転						
	外転						
肘関節	屈曲						
	伸展						
手関節	掌屈						
	背屈						
股関節	屈曲						
	伸展						
	内転						
	外転						
膝関節	屈曲						
	伸展						
足関節	底屈						
	背屈						

【症状固定】(未固定)(固定)→時期: 平成 令和 年 月 日頃

23.高次脳機能障害の有・無 および その内容・程度、ADLに及ぼす影響について

24.その他の障害の有・無 (例えば、鼻の欠損・機能障害など)

25.回復の可能性と症状の固定についての意見【14~24項目】

上記のとおり証明(診断)します  
令和 年 月 日 電話番号  
所在地 市外局番  
病院または診療所の名称 ( )  
医師氏名 (印) -