

生・親・乳・障・福・原 保険診療録



| | | | | | |
|--------------|--|--|--|--|--|
| 公費負担者番 | | | | | |
| 公費負担医療の受給者番号 | | | | | |

MS&AD 三井住友海上火災保険株式会社

〒221-0052
 神奈川県横浜市神奈川区栄町7-1
 MYXビル5F
 三井住友海上火災保険株式会社
 神奈川静岡損害サポート部
 横浜自動車第二保険金お支払センター
 担当者 楠居 由貴
 TEL 045-461-8231
 FAX 045-461-2164
 営業時間 9:00~17:00 (土日・祝日を除く)

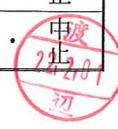
事故日 3年4月24日

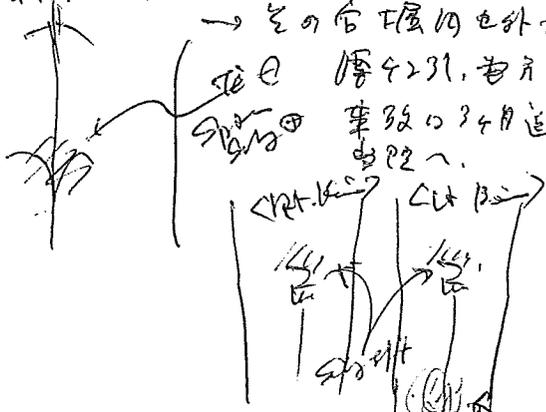
最終来院 ✓ 年

| | | | | |
|-----|-------|------------------------|-------------|---------|
| 受診者 | ふりがな | あらまき | | |
| | 氏名 | 荒巻 いづみ | | |
| | 生年月日 | 大(昭)平・令 | 43年 2月 23日生 | 男(男) |
| | 住所 | 磯子区洋光台2-1-9 洋光台北団地 503 | | |
| | 電話 | 080-4339-2173 | | |
| | 腰椎ベルト | 年 月 日 | 負担割合 | |
| | EKG | ◎ | 健・特・老 | / |
| | 介護保険 | 年 月 日迄 | 血液検査 | ◎ 年 月 日 |
| | 要支援 | ・ | 要介護 | |

| | | | |
|-----|----------|-------|----------|
| 骨密度 | 年 月 日 | N.T.X | 年 月 日 |
| | 年 月 日 | | 年 月 日 |
| | 前回 年 月 日 | | 前回 年 月 日 |

| 傷 病 名 | 開 始 | 終 了 | 転 帰 |
|-------------|--------|-------|-------|
| 1) 腰椎捻挫 | 3年8月2日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 2) 両膝左下腿挫傷 | 3年8月2日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 3) 左下腿外傷後硬結 | 3年8月2日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 4) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 5) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 6) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 7) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 8) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 9) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 10) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 11) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 12) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 13) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 14) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 15) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 16) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 17) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 18) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |
| 19) | 年 月 日 | 年 月 日 | 治ゆ・中止 |



| 既往症・原因・主要症状・経過等 | 処方、手術、処置等 |
|---|--|
| <p>Pure Traffic Accident 3 8. 2 初診</p> <p>歩行中に通過中、反対車線の 車列の向かい出し車に追いつき 急ブレーキ→緊急ブレーキ中（別紙） →その後腰内を外出</p>  <p>歩行中に、右前足（2〜3歩） 車列の向かい出し車に追いつき 急ブレーキ→緊急ブレーキ中（別紙） →その後腰内を外出</p> <p>（歩行中） 腰内を外出→3ヶ月経過後の回復 別紙あり。</p> <p>腰内を外出（別紙あり）</p> | <p>初診</p> <p>X-P 腰椎2方向4→2枚 両膝関節1R X2 L5/S1 corner Cervical</p> <p>腰内を外出</p> <p>DPF = (E) と アゴ</p> <p>3 8. 3</p> <p>P.T. 腰痛 > 椎牽引 ホットパック マッサージ RP ゼスタッククリーム(25・50)g</p> <p>腰 腰〜左下肢</p> |

| 種別 | | 療 点 数 | | | | | | 等 | |
|-----|-----|-------|---|-----|----|-----|-----|-------|--|
| 月日 | 種別 | P | T | デンキ | P | T | 合計 | | |
| | | | | | | | 点数 | 一部負担額 | |
| 8.2 | 293 | | | 287 | | 224 | 839 | | |
| 3 | 59 | | | | 85 | | 182 | | |
| 4 | 59 | 68 | | | 51 | | 114 | | |
| 5 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |
| 6 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |
| 11 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |
| 12 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |
| 16 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |
| 17 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |
| 18 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |
| 20 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |
| 23 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |
| 24 | 79 | | | | 35 | | 114 | | |

後頁へ

問 診 票

3 年 8 月 2 日

腰2R、左下腿1R 両膝1R

| | | | | |
|------|--------------------------|------|------|--|
| 住所 | 横浜市磯子区洋光台2-1-9 洋光台北団地503 | | | |
| お名前 | | 姓 | 名 | 性別 |
| | フリガナ | アウエキ | イヅミ | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> |
| 漢字 | 荒 巻 | いづみ | | |
| 生年月日 | 昭和43年 2月 23日 | 年齢 | 53 歳 | 今日の体温 |
| 電話番号 | 080 (4339) 2173 | | | 36.5 °C |

1. 本日来院された主な理由を○で囲んで下さい。また、いつ頃からどのような症状がありましたか。出来るだけ詳しく記入して下さい。

- ・症状はいつ頃から出ていますか。 (4/24) 頃から
- ・出ている症状等は。

- ・発熱
- ・頭痛
- ・喉の痛み
- ・せき
- ・たん
- ・鼻水
- ・鼻づまり
- ・腹痛
- ・下痢
- ・胃痛
- ・はきけ
- ・嘔吐
- ・胸痛
- ・めまい
- ・かゆみ
- ・その他(_____)

- ・首
- ・腰
- ・肩
- ・しびれ
- ・その他(_____) が痛い

・ケガをした(部位は 顔面打撲、胸部打撲、頸椎捻挫、腰椎捻挫)

2. 他の医療機関は受診していますか。 (はい) (いいえ)

(病名: 高血圧、蝸牛型メニエール耳鳴症)

3. 現在飲んでいる薬はありますか。 (ある) (ない) ~~ステロイド~~
~~メコバミン~~

(飲んでいる薬: アムロジピン、セチジン、テルミサルタ、ニフェジチン、アセトアミノ酸)

4. これまでに大病をした事がありますか。 (ある) (ない)

(病名: _____)

(いつ頃: _____)

(治療を受けた病院名: _____)

5. 薬・食物でアレルギー症状(発疹、気分不快等)が出た事がありますか。

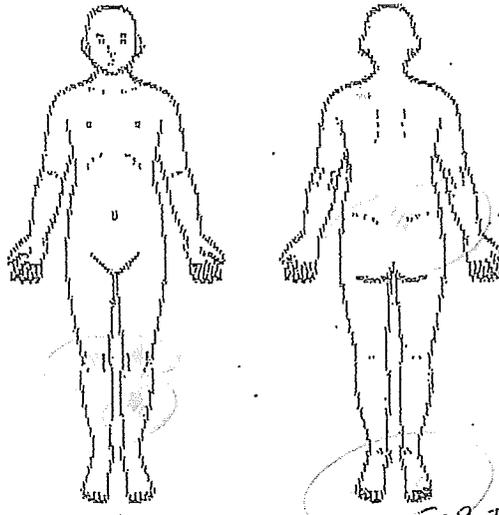
(ある(症状: _____)) (ない)

6. 現在妊娠している可能性はありますか。 (ある) (ない)

看護師記入用

1. 診療部位

〇 腰 前かがみなど負荷のかかる
 仰臥位
 〇 両膝 膝が伸びると歩くと
 〇 左下腿 歩くと痛み
 ありたりすると痛い



2. コルセット

・あり (市販)
 ・なし

3. 症状

・痛い
 ・しびれる (両足先)
 ・腫れている
 ・動かない
 ・その他()

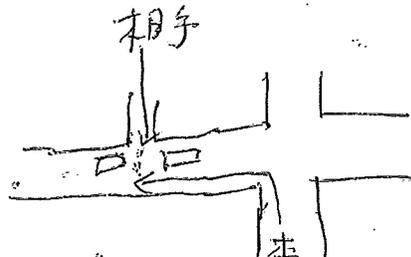
堀内口形にて交通事故は
 3ヶ月と言われ保険会社と相談
 軽院可と判断へ
 両膝内出血(+)で
 叩開し血液をたいて
 取った

4. いつから

〇 年 〇 月 〇 日

5. 原因

・ぶつけた
 ・転んだ
 ・はさんだ
 ・ねじった
 ・交通事故
 ・重いものを持った
 ・その他()



〇 月 〇 日 125ccのバイクで信号待ち時、青信号に
 左折。(右側から坂道) 5km ぐらいの所で 右の脇道
 二車線側の車と車の間かあいていて その時に
 乗用車が左側からバイクに衝突して転倒
 救急車→磯子中央HPへ 帯付なし
 仕事で乗取って連絡とれたので 私立某校で帰宅
 通院していた → 待ち時間も早く大変なので 港南台

(5/7) 堀内整骨へ → ケンゾーで通院していた。

診 断 書

住 所 神奈川県横浜市磯子区洋光台 2 - 1 - 9 洋光台北団
地 5 0 3

氏 名 荒巻 いづみ 様

生年月日 1968/02/23 生

病 名 右大腿四頭筋挫傷、両側手関節部打撲傷、両側膝関節打撲傷、
左下腿打撲傷、右肘打撲傷、左下腿擦過創
附 記

2021/4/24 上記受傷。全治は受傷から 2 週間程度の見込み。尚、病状経過によってはこの限りではない。以下余白。

上 記 の 通 り 診 断 い た し ま す。

令和 03 年 04 月 24 日

整形外科

医師 大藤 勇樹



光陽会 磯子中央病院

〒235-0016

神奈川県横浜市磯子区磯子 2 丁目 20-45

電 話 045-752-1212 (代表)

F A X 045-752-1220

| | | | | | |
|----|--------|----|---|----|----|
| 氏名 | 荒巻 いづみ | 男女 | 男 | 年月 | 日生 |
|----|--------|----|---|----|----|

既往症、原因、主要症状等

処方、手術、処置等

3 8. 4

P. T. KHM 両足～左下腿

3 8. 5

P. T. KHM 〃

3 8. 6

P. T. KHM 両足～左下腿

3 8. 11

P. T. KHM 〃

3 8. 12

P. T. KHM 両足～左下腿

3 8. 16

P. T. KHM 〃

3 8. 17

P. T. KHM 両足～左下腿

3 8. 18

P. T. KHM 〃

3 8. 20

P. T. KHM 両足～左下腿

3 8. 23

P. T. KHM 〃

3 8. 24

P. T. KHM 両足～左下腿

3 8. 25

P. T. KHM 〃

3 8. 26

P. T. KHM 両足～左下腿

3 8. 27

P. T. KHM 〃

3 8. 28

P. T. KHM 両足～左下腿

RP ゼスタッククリーム(25g) 1本

荒川 浩二

男 年 月 日生
女

既往症、原因、主要症状等

処方、手術、処置等

3 10. 1

P. T. KHM 両膝

3 10. 2

P. T. KHM 〇✓

3 10. 4

P. T. HM 両膝

3 10. 5

P. T. KHM 〇✓

3 10. 6

P. T. HM 両膝

3 10. 7

P. T. KHM 〇

3 10. 8

P. T. KHM 両膝

3 10. 12

P. T. KHM 〇

3 10. 14

P. T. HM 両膝 ~ 左下腿

3 10. 15

P. T. KHM 〇✓

3 10. 18

P. T. KHM 両膝 ~ 左下腿

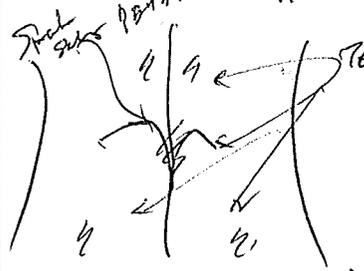
3 10. 19

P. T. KHM

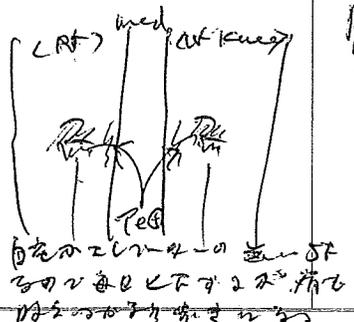
Abck:

膝: 左の膝 ~ 2ヶ月前より痛む
右の膝 ~ 1ヶ月前より痛む

膝: 膝の裏側が痛む
膝の裏側が痛む



2ヶ月前の毎日(朝~夕)
膝付2回



膝の裏側が痛む
膝の裏側が痛む

3 10. 20

P. T. KHM 両膝

後遺症診断書 (後日)

11 1
膝の裏側が痛む
膝の裏側が痛む
膝の裏側が痛む
膝の裏側が痛む

カロナール(300) 3T
メチロパール(500ug) 3T
3 X 5 TD

ロキソニンテープ(50,100)貼 14枚
1日/回 (腰膝) 7日分

フェルビナクスチック軟膏3% 40g

医療照会書 兼 回答書

【患者名】 荒巻 いづみ 様 【生年月日】 昭和43年2月23日 【受傷日】 令和3年4月24日

1. 初診時および現在の主訴・診察所見・神経学的所見についてご教示下さい。

| | 初診時 | 現在 (9 月 28 日) |
|--------|---|---|
| 主訴 | 腰痛、両膝関節痛、左下腿硬結。 右足、受傷→椎间盘突出→初期の腰痛 →他院にて経過観察→症状が 増悪→来院して診察→現在継続中。 | 腰痛、両膝関節痛。 当初は、腰と膝と全部痛かったが今は 日によって腰痛がひどい。膝がひどい。 足痛はひどくない。 |
| 診察所見 | 腰部：圧痛⊕ 両膝：圧痛⊕ 可動域制限⊕ 左下腿：中央部に硬結 | 腰部：圧痛⊕ 動作痛⊕ 両膝 左下腿：硬結⊕ |
| 神経学的所見 | 知覚異常(→) | 同左 |
| | 筋力低下を示す筋(→) | 同左 |
| | 病的反射の異常(→) | 同左 |
| | テストと結果 | 同左 |

※現在の回復状況について、該当するものを下記よりご教示下さい。
< 大幅に改善 ・ 改善 ・ 症状軽減するも一進一退 ・ 不変 ・ 悪化 >

2. 画像検査所見について経年性変化・既往症・基礎疾患等も含めてご教示下さい。

| 今回の外傷に起因する所見 | その他の所見 (経年性変化・既往症・基礎疾患等) |
|--------------|--------------------------|
| なし (骨傷は無い) | なし (X-ray、変形⊖) |

3. 現在の病態へ影響すると思われる要因がございましたら、その要因と内容についてご教示下さい。

【要因】 既存疾患 経年性変化 心理面 生活・職業環境 受療態度 その他 ()
【内容】 なし

4. 現在の日常生活動作の支障内容と担当医による禁忌動作等の指示事項についてご教示下さい。

| | |
|------------------|------------------------|
| 支障内容 腰痛、両膝関節痛 | 指示事項 治療(投薬、理学療法)の継続 |
|------------------|------------------------|

5. ① 就労に関して相談を受けた事があればご教示下さい。

なし

② 担当医より就労を制限された場合、制限された期間、内容を具体的にご教示下さい。

【制限あり・制限なし】

< 制限した期間 > 令和3年8月2日 ~ 3年10月末日まで

< 制限した内容 > 重量物の運搬

③ 何ら制限等されておられない場合、休業は患者の意思(意欲)に一任されていると考えてよろしいですか。

< はい・いいえ >

6. 現在の治療・投薬・リハビリテーション内容および今後の治療計画についてご教示下さい。

| | 治療・投薬内容 | リハビリテーション内容 |
|----|--|--------------------------------|
| 現在 | 仰臥位での膝関節の可動域増進 外用 理学療法(牽引、ホットパック、マッサージ) | 腰痛牽引 (+) 腰痛のホットパック マッサージ |
| 今後 | 同上 | 同上 |
| | リハビリテーション最終目標 腰痛・膝関節痛の軽減・消失 (ADLに支障がなくなる) | リハビリゴール到達見込時期 令和3年10月頃(推) |

7. 症状の改善見込みもしくは治療終了にむけた患者様への説明内容をご教示下さい。

受傷後6ヶ月経過を想定しております。

8. 治癒または症状固定日についてご教示下さい。(該当するものを下記よりレ点チェック下さい。)

※損害賠償上での「症状固定」とは、労災保険同様、「傷病の症状が安定し、医学上一般に認められた医療を行ってもその医療効果が期待できなくなったとき」をいい、傷病の状態が、投薬や理学療法等の治療によって一時的な回復がみられるにすぎない場合等、症状が残っている場合を含みます。

既に治癒または症状固定時期といえる

患者自身から申し出があった場合、医学的には治療終了としても問題ない

治癒・症状固定時期を迎えていない ⇒ 予想される治癒・症状固定時期: 令和3年10月末頃

<症状固定とご判断できない医学的背景>

症状(疼痛)の変動があり、日々変化しています。

受傷後、6ヶ月を経過を想定と見做します。

以上の通り回答します。

令和3年10月13日

所在地 横浜市磯子区洋光台3-15-13

名称 堀口医院

医師名 堀口 定

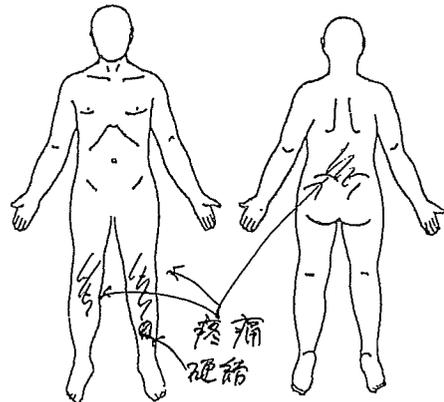
お忙しいところご協力ありがとうございました。

荒巻いりけ 男 年 月 日生

| 既往症、原因、主要症状等 | 処方、手術、処置等 |
|--------------|--|
| 3 | 10.22 P.T. KHM 2L 3 10.26 P.T. KHM 2L 3 10.27 P.T. HM 両所 3 10.28 P.T. KHM 2L 3 10.29 P.T. HM 両所 |
| 3 | 11. 1 P.T. KHM 1 命因迄 52777 74-a 50g 終了 |

自動車損害賠償責任保険後遺障害診断書

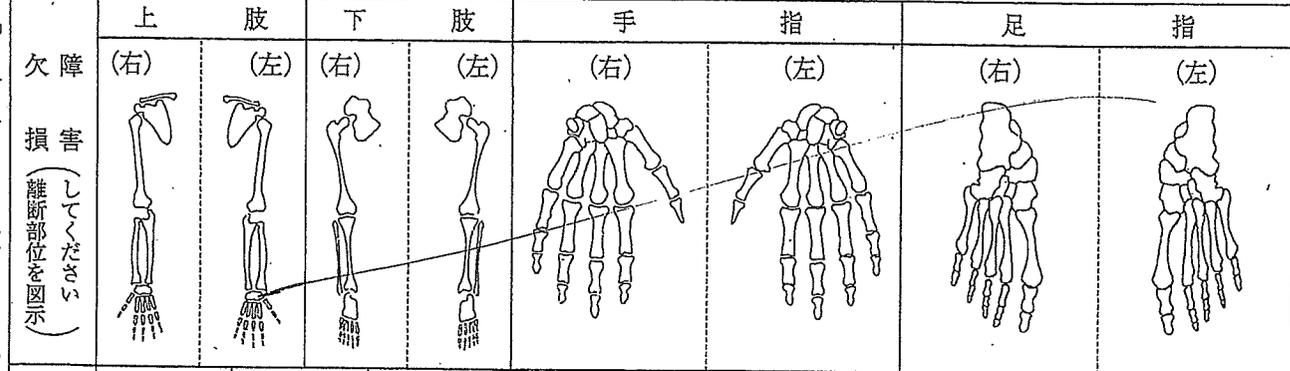
| 氏名 | 荒巻 いづみ | 男・ <input checked="" type="radio"/> 女 | ◎記入にあたってのお願い 1. この用紙は、自動車損害賠償責任保険における後遺障害認定のためのものです。交通事故に起因した精神・身体障害とその程度について、できるだけ詳しく記入してください。 2. 歯牙障害については、歯科後遺障害診断書を使用してください。 3. 後遺障害の等級は記入しないでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|---|--|-------------------------------------|-------|------|--|----|-------|----|----|-----------|-----|---|--|--|----|----------|--|-------------------------------------|---|--|--|----|----------|------|---------------------|--|-----------|--------------------|--|--|
| 生年月日 | 明治・昭和 大正・平成 | 43年 2月 23日 (53歳) | 職業 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 横浜市磯子区洋光台 2-1-9-503 | | 受傷日時 | 令和 3年 4月 24日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 当院入院期間 | 自 年 月 日 () 日間 | 至 年 月 日 () 日間 | 当院通院期間 | 自 令和 3年 11月 1日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 傷病名 | 腰椎捻挫 両膝左下腿挫傷 左下腿外傷後硬結 | | 症状固定日 | 令和 3年 11月 1日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自覚症状 | 腰痛 両膝関節痛 左下腿硬結 | | 当院実治療日数 | 自 令和 3年 8月 2日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 既存障害 | 今回事故以前の精神・身体障害：有 <input checked="" type="radio"/> 無 <input type="radio"/> (部位・症状・程度) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 各部位の後遺障害の内容 (各部位の障害について、該当項目や有・無に○印をつけ①の欄を用いて検査値等を記入してください) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ① 他覚症状および検査結果 | 知覚・反射・筋力・筋萎縮など神経学的所見や知能テスト・心理テストなど精神機能検査の結果も記入してください X-P・CT・EEGなどについても具体的に記入してください 眼・耳・四肢に機能障害がある場合もこの欄を利用して、原因となる他覚的所見を記入してください 腰部 → 圧痛あり 両膝 → X-p上 骨端は無し 神経学的異常：無し 加齢的変化：無し 左下腿に硬結触知あり。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ② 胸部・腹部・泌尿器・生殖器の障害 | 各臓器の機能低下の程度と具体的症状を記入してください 生化学検査・血液学的検査などの成績はこの欄に簡記するか検査表を添付してください <hr style="width: 80%; margin-left: 20px;"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ 眼球・眼瞼の障害 | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">視力</th> <th colspan="2">調節機能</th> <th rowspan="2">視野</th> <th rowspan="2">眼瞼の障害</th> </tr> <tr> <th>裸眼</th> <th>矯正</th> <th>近点距離・遠点距離</th> <th>調節力</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>右</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> <td>cm () D</td> <td rowspan="2"> イ. 半盲(1/4半盲を含む) ロ. 視野狭窄 ハ. 暗点 ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください) </td> <td rowspan="2"> イ. まぶたの欠損 ロ. まつげはげ ハ. 開瞼・開瞼障害 </td> </tr> <tr> <td>左</td> <td></td> <td></td> <td>cm</td> <td>cm () D</td> </tr> <tr> <td>眼球運動</td> <td colspan="2">注視野障害 (全方向1/2以上の障害)</td> <td>右 複視 左</td> <td>イ. 正面視 ロ. 左右上下視</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 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①の欄に記入してください (図示してください) | | | | | 視力 | | 調節機能 | | 視野 | 眼瞼の障害 | 裸眼 | 矯正 | 近点距離・遠点距離 | 調節力 | 右 | | | cm | cm () D | イ. 半盲(1/4半盲を含む) ロ. 視野狭窄 ハ. 暗点 ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください) | イ. まぶたの欠損 ロ. まつげはげ ハ. 開瞼・開瞼障害 | 左 | | | cm | cm () D | 眼球運動 | 注視野障害 (全方向1/2以上の障害) | | 右 複視 左 | イ. 正面視 ロ. 左右上下視 | | |
| | 視力 | | 調節機能 | | | 視野 | 眼瞼の障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 裸眼 | 矯正 | 近点距離・遠点距離 | 調節力 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 右 | | | cm | cm () D | イ. 半盲(1/4半盲を含む) ロ. 視野狭窄 ハ. 暗点 ニ. 視野欠損 (視野表を添付してください) | イ. まぶたの欠損 ロ. まつげはげ ハ. 開瞼・開瞼障害 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 左 | | | cm | cm () D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼球運動 | 注視野障害 (全方向1/2以上の障害) | | 右 複視 左 | イ. 正面視 ロ. 左右上下視 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



| | | | | | | | | |
|---|------|-----------------------------|----|--|--|---|----|---|
| 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) | | |
| 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 (右の欄に図示してください) | イ. 鼻軟骨部の欠損 (右の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. 外ぼう 2. 上部 イ. 頭部 3. 下肢 ロ. 顔面部 4. その他 ハ. 頸部 | | |
| 検査日 | 6分平均 | 最高明瞭度 | | 右 / 左 | ⑥そしゃく・言語の障害 | (大きさ、形態等を図示してください) | | |
| 第1回 | 年月日 | 右 | dB | | | | dB | % |
| | | 左 | dB | | | | dB | % |
| 第2回 | 年月日 | 右 | dB | | | | dB | % |
| | | 左 | dB | | | | dB | % |
| 第3回 | 年月日 | 右 | dB | | | | dB | % |
| | | 左 | dB | dB | % | | | |

| | | | | | | |
|-------------------------|---------|---------|--------|---------------|---------|---|
| 圧迫骨折・脱臼(椎弓切除・固定術を含む)の部位 | イ. 頸椎部 | ロ. 胸腰椎部 | 荷重機能障害 | 常時コルセット装用の必要性 | ⑨体幹骨の変形 | イ. 鎖骨 二. 肩甲骨 ロ. 胸骨 ホ. 骨盤骨 ハ. 肋骨 (採皮痕によってわかる程度) X-Pを添付してください |
| なし | 前屈 30度 | 後屈 20度 | 有 / 無 | 有 / 無 | 有 / 無 | |
| X-Pを添付してください | 右屈 45度 | 左屈 45度 | | | | |
| | 右回旋 40度 | 左回旋 40度 | | | | |

| | | | | | | | |
|----|------|----|---------|--------|-------------|---------|--------------|
| 短縮 | 右下肢長 | cm | (部位と原因) | 長管骨の変形 | イ. 板関節 (部位) | ロ. 変形癒合 | X-Pを添付してください |
| | 左下肢長 | cm | | | | | |



| | | | | | | | | | | | | |
|---|-----|-------|------|------|-----|-----|-----|-------|----|---|----|---|
| 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他動および) | 関節名 | 運動の種類 | 他動 | | 自動 | | 関節名 | 運動の種類 | 他動 | | 自動 | |
| | | | 右 | 左 | 右 | 左 | | | 右 | 左 | 右 | 左 |
| | 膝 | 屈伸 | 110度 | 110度 | 90度 | 90度 | | | 度 | 度 | 度 | 度 |
| | 伸展 | 0 | 0 | 0 | 0 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

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
 受傷後6ヶ月を経過して、固定(変化点)と思われる

上記のとおり診断いたします。 所在地 横浜市磯子区洋光台3-15-13
 名称 堀口 医院
 診療科 整形外科
 医師氏名 堀口 定
 診断 令和 3年 11月 1日
 診断書発行日 令和 3年 11月 1日