

日医発第 287 号（保険）

令和 8 年 5 月 8 日

都道府県医師会
労災保険担当理事 殿

日本医師会常任理事
細 川 秀 一
(公印省略)

障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式の改正について

健康保険診療報酬点数表等の改定に伴う労災診療費算定基準における健康保険準拠項目および労災特掲項目の一部改定につきましては、令和 8 年 4 月 1 日付け「令和 8 年度労災診療費算定基準の一部改定について」（日医発第 2089 号（保険））により、すでにご連絡申し上げているところです。

今般、障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式について、本年 3 月に取りまとめられた「障害（補償）等給付に係る診断書様式等に関する専門検討会」報告書を踏まえ、別紙のとおり様式が改正されました。

令和 8 年 6 月 1 日以降、障害（補償）等給付請求書に添付する診断書については、改正後の別紙様式の使用が基本となりますが、当面の間、従前の様式による対応も認められています。

つきましては、貴会関係会員に対し、本改正内容について周知いただきますよう、特段のご配慮を賜りますようお願い申し上げます。

【添付資料】

- ・障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式の改正について
(令. 8. 3. 30 基発 0330 第 4 号 厚生労働省労働基準局補償課長)

【参 考】

- ・障害（補償）等給付に係る診断書様式等に関する検討会
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-roudou_558547_00035.html

- ・周知用リーフレット
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/roudouki_jun/gyousei/rousai/index.html

※「労災保険給付の手続等」の一番下「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」に掲載。

10 年 保 存

機 密 性 1

令和 8 年 4 月 1 日から
令和 18 年 3 月 31 日まで

基補発 0330 第 4 号
令和 8 年 3 月 30 日

都道府県労働局労働基準部長 殿

厚生労働省労働基準局補償課長

障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式の改正について

障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式（以下「診断書様式」という。）については、令和 5 年 3 月 27 日付け基補発 0327 第 1 号により示しているところであるが、本年 3 月に取りまとめられた「障害（補償）等給付に係る診断書様式等に関する専門検討会」報告書（別添 1、以下「検討会報告書」という。）を踏まえ、当該診断書の様式を別紙のとおり改め、本年 6 月 1 日以降の障害（補償）等給付請求書に添付する診断書について、別紙様式によることとしたので下記に留意の上、事務処理に遺漏なきを期されたい。

なお、令和 5 年 3 月 27 日付け基補発 0327 第 1 号は、本通知の発出をもって廃止する。

記

1 改正した診断書様式を活用した、迅速・適正な障害等級認定の実施について

(1) 検討会報告書において、

- ・神経系統の機能又は精神の障害である高次脳機能障害やせき髄損傷、非器質性の精神障害、胸腹部臓器の障害については、認定要件が特に複雑多岐であるため、
- ・改正した診断書様式においては、該当する障害の有無のみを記載させることとし、
- ・別途、専用様式や意見書を活用して主治医意見を徴することにより、残存障害の詳細を把握すべき

とされたことに留意し、上記に該当する障害や、他の障害でも主治医の作成した診断書の内容に疑義が生ずる場合等については、別途主治医意見を徴する等により、障害等級を適切に認定すること。

(2) 他方で、被災労働者の残存障害の申し立てと、改正した診断書様式により把握した障害の状態に矛盾がない場合は、当該障害の確認のために追加で主治医意見を求める必要はない等、「今後の労災保険給付等の適正な事務処理に当たって留意すべき事項について」（令和8年3月27日付け基発0327第11号）に基づく迅速な障害等級認定事務を徹底すること。

2 改正した診断書様式の周知について

改正した診断書様式の内容や記入例等を記載したリーフレットを別添2のとおり作成したので、請求人や労災保険指定医療機関等に配布する等により周知すること。

特に、診断書様式を作成する医師に対する周知が重要となることから、診断書様式の施行時期である6月1日までの間に、労災診療費算定基準の改定内容と併せて、都道府県医師会や労災保険指定医療機関に対してあらゆる機会を捉えて周知徹底を図ること。

3 その他

(1) 改正した診断書様式については、障害等級認定基準（昭和50年9月30日付け基発565号（最終改正：平成23年2月1日付け基発第0201第2号）に掲げられた部位ごとの障害の有無、検査結果の記載欄、認定要件を満たす障害の状態にあるか否かの記載欄等を設けたところであり、複数の部位にまたがる残存障害がある場合の診断書様式の作成に当たっては、原則複数枚の診断書様式の作成が必要となることに留意し、請求人等に対して適切に教示すること。

(2) 診断書様式の改正に併せ、「労働者災害補償保険における意見書等の費用の一部改正について」（令和8年3月27日付け基発0327第12号）に基づき、診断書料の支払を適切に実施すること。

(3) 改正した診断書様式には、業務に資するものとなるよう、「労災保険制度のアフターケアの必要性」の項目を設けており、診断書様式を被災者又は主治医等に交付する場合においては、当該被災者の後遺障害に応じたアフターケア制度のパンフレット等を添付するなど、適切に説明等を行うこと。

(4) 上記2のリーフレットについて、本年4月以降、厚生労働省ホームページに掲載することとしており、掲載後に改めて連絡することとしているので、了知の上、主治医等に説明する際に適宜活用すること。

照会先：労働基準局補償課業務係（内線5463、5466、5464）

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
障害の部位	初診年月日	年月日
既往歴	治ゆ(症状固定)年月日	年月日
既往歴	既存障害	

及療養の経内過	
---------	--

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 又神は経精系神統の障機害能	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を記載した場合は、その障害の状態の詳細について①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。
※上記ア、イが有の場合はMRI等の検査所見を記入するか、または各種検査結果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①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①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○に該当するものがあれば○を記入してください)		オ 外傷性散瞳		
				a 欠損障害	瞳孔の対光反射が著しく障害され、著明な差明を訴えるもの	瞳孔の対光反射が不十分であり、差明を訴えるもの		
	裸眼	矯正	調節力	注視野障害				
	右		() D	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
左		() D	有・無	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	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①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、遠視力(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①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①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①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、①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。

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	dB	%	a 耳介の1/2以上の欠損	b その他		
		月	左	dB	%	右 有・無	有・無	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			


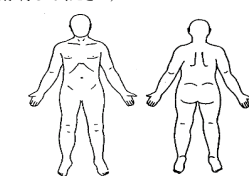
【耳の障害の注意事項】
※上記いずれかの障害を記載した場合は、その障害の状態の詳細について①の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。併せて、純音聴力レベル、ピッチ・マッチ検査及びラウドネス・バランス検査などの検査所見を記入するか、または各種検査結果を添付してください。
※「ウ 耳介の欠損」が有の場合は、①の「障害の状態及びXP等の所見」欄に図示するか、その状態が分かる資料等を添付してください。
※「オ 耳漏の有無」について、常時耳漏が生じている場合にその有無を記載欄に記入してください。

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①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、①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」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、有床義歯又は架橋義歯等を補填した場合における支台冠又は脚の装着歯やポスト・インレーを行行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	
	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	
	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			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			
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	該当歯計 歯		
有・無	有・無	有・無	有・無	※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①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、嚥下ディスク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が有の場合は、以下の欄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①の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。

⑧ せき柱及びその他の骨

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

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

ウ その他他体幹骨の変形の有無
(媒体になって変形が明らかになる程度のある場合に、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

【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)	イ変形障害	偽関節(仮関節)の有無及び部位(ゆ合不良)	有・無	(部位)
左下肢長	cm			変形ゆ合の有無及び部位	有・無	(部位)

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

運動方向	屈曲(前屈)	伸展(後屈)	回旋	側屈
部位	右	左	右	左
頸部				
胸腰部				
部位	肩関節		部位	
運動方向	右	左	運動方向	部位
屈曲(前方拳上)			屈曲(掌屈)	右
伸展(後方拳上)			伸展(背屈)	左
外転(側方拳上)			機屈	
内転			尺屈	
外旋			部位	前腕
内旋			運動方向	右
			回内	左
			回外	
(手指)				
部位	中手指節関節 (MP)		指節間関節 (IP)	
	右	左	右	左
母指			部位	
屈曲			橈側外転	
伸展			掌側外転	
部位	中手指節関節 (MCP)		近位指節間関節 (PIP)	
	右	左	右	左
示指			遠位指節間関節 (DIP)	
屈曲				
伸展				
中指				
屈曲				
伸展				
環指				
屈曲				
伸展				
小指				
屈曲				
伸展				

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	
運動方向	右	左	運動方向	右	左	右	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	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①～⑧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。)

労災保険制度の必要性的

有		※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①～⑧の障害の番号を全て記入してください。
無		

上記のとおり診断します。 〒 - - 電話() -

所在地 _____

年 月 日 名称 _____

(診療科) _____ (氏名)

診断担当者 _____

氏名等 _____

障害（補償）等給付に係る診断書様式等に
関する検討会報告書

令和8年3月

障害（補償）等給付に係る診断書様式等に関する検討会

参集者名簿（五十音順、敬称略）

氏名	役職名等
小田原 俊成	横浜市立大学 学術院医学群保健管理センター長
亀井 和利	横浜労災病院 歯科口腔外科・顎口腔機能再建外科部長
川合 謙介	自治医科大学附属病院 院長
小林 一女	昭和医科大学大学院保健医療学研究科リハビリテーション分野特任教授
佐藤 美紗子	横浜労災病院 眼科部長
東川 晶郎	関東労災病院 副院長、整形外科部長
(座長) 三上 容司	横浜労災病院 院長
横山 多佳子	旭労災病院 呼吸器内科部長

1 検討会開催の背景等

労災保険の障害（補償）等給付請求書に添付する診断書様式（以下「診断書様式」という。）は、主治医が請求人の残存障害の診断結果を記載し、保険給付請求書に添付して提出するものであるが、身体等の部位ごとの残存障害や検査結果等の詳細を記載する欄を設けていないため、残存障害の記載が障害等級認定基準（昭和 50 年 9 月 30 日付け基発第 565 号（最終改正：平成 23 年 2 月 1 日付け基発 0201 第 2 号）、以下「認定基準」という。）に定める認定要件を網羅していない等により、労働基準監督署職員による主治医に対する意見聴取が生ずるといった事務処理が発生し、より迅速な労災認定事務の実施の支障となっている。

また、残存障害に係る請求人への聴取や、労働基準監督署において面談し残存障害の把握や確認等を実施する調査における請求人の負担軽減を図る上でも、残存障害を適切に把握することができるよう見直す必要がある。

さらに、現在通達で規定し運用している診断書料、意見書料等の文書料についても、今般の診断書様式の見直しや昨今の物価高騰といった背景を踏まえ、適切な金額へ改定する必要がある。

そのため、本検討会では、障害（補償）等給付請求の診断書様式の見直しに加えて、主治医等に支払っている現行の診断書・意見書料の見直しについて、検討を行うこととした。

2 検討結果

（1）障害（補償）等給付の診断書様式について

ア 現行の診断書様式については、「障害（補償）等給付支給請求書に添付する診断書の様式の改正について」（令和 5 年 3 月 27 日付け基補発 0327 第 1 号）により定めているが、上下肢等関節角度測定表を除き、部位ごとの残存障害の有無や検査結果等を記載する欄を設けておらず、この様式では、個々の残存障害の把握や認定基準に定める認定要件を満たすか否か労働基準監督署長が速やかに判断することが困難な場合が認められている。

イ このため、認定基準に定められた部位ごとの障害について、残存障害の有無や、認定基準に定められた認定要件を満たすか否かの判断に必要な検査結果、測定結果をできる限り様式に記載できるものとなるよう以下の点について、見直しを行うことが適当である。

（ア）全ての部位ごとに、認定基準に定められた障害の有無の欄を追加すべきである。

（イ）眼の障害のうち、

- ① 視力障害、調節機能障害の検査結果の記載欄を追加すべきである。
 - ② 各種検査所見について、参考検査も含め所見欄に記載するか、その検査結果を診断書に添付する旨の記述を追加すべきである。
 - ③ 眼瞼障害について、障害の状態を図示するか、その状態が分かる資料を添付する旨の記述を追加すべきである。
- (ウ) 耳の障害のうち、
- ① 平均純音聴力レベル、最高明瞭度に係る検査結果の記載欄を追加すべきである。
 - ② 耳介の欠損について、障害の状態を図示するか、その状態が分かる資料を添付する旨の記述を追加すべきである。
- (エ) 鼻の障害のうち、鼻軟骨部の欠損について、障害の状態を図示するか、その状態が分かる資料を添付する旨の記述を追加すべきである。
- (オ) 口の障害のうち、
- ① そしゃく機能及び言語機能の障害について、認定基準に定める認定要件を満たす障害の状態があるか否かの記載欄を追加すべきである。
 - ② 歯牙障害について、歯科補綴を加えた歯の数の記載欄や今回の事故前に喪失や歯科補綴を加えた歯の有無、その歯数の記載欄を追加すべきである。
- (カ) 醜状障害について、障害の状態を図示するか、その状態が分かる資料を添付する旨の記述を追加すべきである。
- (キ) せき柱及びその他の体幹骨の障害のうち、せき柱の荷重機能障害について、認定基準に定める認定要件を満たす障害の状態があるかの記載欄を追加すべきである。
- (ク) 上肢（手指含む）及び下肢（足指含む）の障害について、
- ① 欠損障害について、離断部位を図示する記載欄を追加すべきである。
 - ② 下肢の短縮障害について、その長さや部位、原因の記載欄を追加すべきである。
 - ③ 上肢及び下肢の変形障害について、偽関節（仮関節）の有無や部位（ゆ合不良）、変形ゆ合の有無及び部位の記載欄を追加すべきである。
- ウ 神経系統の機能又は精神の障害である高次脳機能障害やせき髄損傷、非器質性の精神障害、また胸腹部臓器の障害については、認定要件が特に複雑多岐であり、神経系統の機能又は精神の障害については認定基準

により既に専用様式を定め、主治医に意見を求める運用となっている。このため、今回見直しを行っている診断書様式にはその障害の有無のみを記載させることとし、障害が有りの場合には、別途、当該専用様式や意見書を活用して主治医意見を徴し、残存障害の詳細を確認すべきである。

(2) 労災保険の文書料の取扱いについて

ア 労災保険の文書料については、「労働者災害補償保険における診断書料等の取扱いについて」（令和2年3月31日付け基発0331第33号）、労災保険給付に関して専門医等に意見を求めた場合の意見書料等並びに労働保険審査官及び労働保険審査会法第15条第1項第3号に規定する鑑定に係る鑑定料等の改定について」（平成8年7月24日付け基発第479号（最終改正平成13年11月1日））等により、保険給付を受けようとする者等が保険給付請求の際に提出した診断書に要する費用や、労働基準監督署長等が保険給付に関する決定に当たり専門医等から意見を求めた場合等の意見書料等の費用の支出に関する金額等を定めている。

イ 現行の文書料の取扱いを検討するに当たり、令和7年12月に労災指定医療機関に対して実施した診断書料等の価格等に関する実態調査によれば、診断書（複雑なもの）で平均5,472円、自賠責保険診断書（後遺障害）で平均7,097円、意見書料（複雑なもの）で平均5,732円と上記通達による金額と実態とに乖離が見られた。

また、消費者物価指数の推移を見ても近年優位に上昇しており、労災保険の文書料の価額を見直した平成8年からの上昇率は113%となっている。

さらに、上記（1）のとおり、今般、障害（補償）等給付の診断書様式の見直しを行い、記載事項や添付する資料が増加すること等を踏まえ、当該診断書料についても現行の支出額が妥当か否かについて検討する必要がある。

このため、労災保険の文書料について見直しの検討を行った。具体的には以下のウのとおり、文書料の支出額の見直しを行うことが適当である。

ウ 労災保険の文書料の見直しに当たっては、それぞれの文書の性質や作成趣旨、高度な医学的知見を必要とする等の困難度、検査結果等に係る記載や多くの添付資料を要するといった点を踏まえ、文書料設定の考え方を以下のとおり整理するとともに、実態調査結果における文書料の価格の実態や消費者物価指数の平成8年からの上昇率（113%）を踏まえ

た金額の見直しを行うのが適当である。

なお、文書料については今後も医療機関の実態等を定期的に把握し、適正な価格設定となるよう必要な見直しを行うべきである。

(ア) 意見書料

障害（補償）等給付に限らず、個々の労災請求事案の業務上外、再発、傷病の治ゆ、障害等級認定、遺族補償年金の受給権者たる遺族の障害の程度の認定等、多岐にわたる照会事項に対して、検査結果や文献等の医学的知見に限らず、監督署の調査結果等も踏まえた医学的意見を記載するものであり作成には特に大きな負担が生ずることに鑑み、実態調査結果を踏まえた見直しを行うものの、他の診断書料等よりも高い価額となるよう見直しを行うべきである。

(イ) 障害（補償）等給付請求用診断書料

障害（補償）等給付請求に係る検査結果等と認定基準の認定要件を踏まえた残存障害の評価、所見を記載することとなり、作成には相応の負担が生じるとともに、今般の様式見直しによる記載事項の増加等の診断書作成負担はさらに増大する。これを踏まえ、実態調査結果を踏まえた見直しを行う。具体的には他制度の後遺障害に係る診断書料の平均額（7,097円）を踏まえた見直しを行うが、(ア)の意見書料の価額を超えない範囲で見直しを行うべきである。

(ウ) その他の診断書料

年金給付に係る傷病、障害の状態、介護の要否、療養継続の要否、はり・きゅう及びマッサージの施術の必要性等、専門的な医学的見解を述べることが必要で記載事項も多い様式となっていることから、作成には一定の負担が生ずることに鑑み、実態調査結果を踏まえた見直しを行う。具体的には診断書料（複雑なもの）の平均額（5,472円）を踏まえた見直しを行うが、(イ)の障害（補償）等給付請求用診断書料の価額を超えない範囲で見直しを行うべきである。

(エ) 証明書料

現在治療を行っている被災労働者の休業期間等に係る証明であり、他の様式と比較して作成が容易で負担が小さいことに鑑み、実態調査結果を踏まえた見直しを行うが、上記(ア)から(ウ)の他の診断書料等の増加率を超えない範囲で見直しを行うべきである。

3 まとめ

上記2の検討結果を踏まえ、障害（補償）等給付の診断書様式について、別紙1のとおり見直すことが適当である。

また、労災保険の文書料については、診断書様式の見直し等に伴い、別紙2のとおり見直すこと、文書料については、今後も医療機関における実態等を定期的に把握し、必要な見直しを行うことが適当である。

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					
及療養の経過								
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 又神は経 精系 神経 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		
	<small>【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①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 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①の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。</small>							
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					
<small>【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①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。</small>								
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は○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 まつげ上げ 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	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		
<small>【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①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①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①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①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、①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。</small>								

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		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り著しい耳鳴が常時ある																														
		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																																	
	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、純音聴力レベル、ピンチ・タ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、④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、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、④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」ものとは、現実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駒の装着歯やポスト・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。																																			
	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																																					
	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		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・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、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、以下の欄に記入してください。																																							
	<p style="text-align: center;">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</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td> </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> </td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">該当歯計 歯</p>										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
	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																										
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④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。																																								

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わかる程度のある場合に、下記①～⑥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。

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)	サ 偽関節（仮関節）の有無及び部位（ゆ合不良）	有・無	(部位)
	左下肢長	cm		変形ゆ合の有無及び部位	有・無	(部位)
エ 関節の機能障害の有無			有・無	※常に硬性補装具が必要等、上記障害の詳細を④の「障害の状態及びXP等の所見」欄に記入してください。		

【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。

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	
頸部								
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)				橈屈			
	内転				尺屈			
	外旋				部位			
	内旋				前腕			
					回内			
					回外			
(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					橈側外転		
	伸展						掌側外転	
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							
	伸展							
中指	屈曲							
	伸展							
環指	屈曲							
	伸展							
小指	屈曲							
	伸展							

⑩ 上下肢等関節角度測定表

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

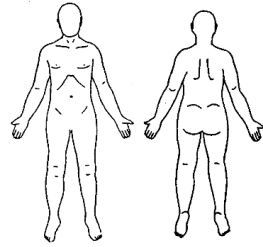
部位		中足指節関節 (MTP)		指節間関節 (IP)			
関節名		右	左	右	左		
第1足指	屈曲						
	伸展						
部位		中足指節関節 (MTP)		近位指節間関節 (PIP)		遠位指節間関節 (DIP)	
関節名		右	左	右	左	右	左
第2足指	屈曲						
	伸展						
第3足指	屈曲						
	伸展						
第4足指	屈曲						
	伸展						
第5足指	屈曲						
	伸展						

※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。)



労災保険制度の アフターケアの必要性	有		※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。
	無		

上記のとおり診断します。 〒 _____ 電話(_____) _____

所在地 _____

年 月 日 名称 _____ (診療科) _____ (氏名)

診断担当者 _____

氏名等 _____

労災保険に係る文書料の見直し

1 文書料設定の考え方

類型	文書料設定の考え方
A	<p>意見書料</p> <p>障害（補償）等給付に限らず、個々の労災請求事案の業務上外、再発、傷病の治ゆ、障害等級認定、遺族補償年金の受給権者たる遺族の障害の程度の認定等、多岐にわたる照会事項に対して、検査結果や文献等の医学的知見に限らず、監督署の調査結果等も踏まえた医学的意見を記載するものであり作成には特に大きな負担が生ずることに鑑み、実態調査結果を踏まえた見直しを行うものの、他の診断書料等よりも高い価額となるよう見直しを行う。</p>
B	<p>障害（補償）等給付請求用診断書料</p> <p>障害（補償）等給付請求に係る検査結果等と認定基準の認定要件を踏まえた残存障害の評価、所見を記載することとなり、作成には相応の負担が生じるとともに、今般の様式見直しによる記載事項の増加等の診断書作成負担はさらに増大する。これを踏まえ、実態調査結果を踏まえた見直しを行う。ただし、Aの価額を超えない範囲で見直しを行う。</p>
C	<p>その他の診断書料</p> <p>年金給付に係る傷病、障害の状態、介護の要否、療養継続の要否、はり・きゅう及びマッサージの施術の必要性等、専門的な医学的見解を述べる必要がある記載事項も多い様式となっていることから、作成には一定の負担が生ずることに鑑み、実態調査結果を踏まえた見直しを行う。ただし、Bの価額を超えない範囲で見直しを行う。</p>
D	<p>証明書料</p> <p>現在治療を行っている被災労働者の休業期間等に係る証明であり、他の様式と比較して作成が容易で負担が小さいことに鑑み、実態調査結果を踏まえた見直しを行うものの、上記A～Cの増加率を超えない範囲で見直しを行う。</p>

2 見直し後の文書料

類型	診断書等の種類	金額	
		見直し前	見直し後
A	意見書	7,000 円 ~20,000 円	8,000 円 ~22,000 円
B	障害（補償）等給付請求用 診断書料	4,000 円	7,000 円
C	その他の診断書料	3,000 円 ~5,000 円	4,000 円 ~6,000 円
D	証明書料	1,000 円 ~2,000 円	1,100 円 ~2,200 円

労災保険関係文書料一覧

(単位：円)

No.	診断書等の種類	様式名	文書料 (現行)	文書料 (見直し後)
(診断書関係)				
1	障害（補償）等給付請求書に添付して提出する「診断書」	「労働者災害補償保険診断書」（障害（補償）等給付請求用）	4,000	7,000
2	障害（補償）等給付変更請求書に添付して提出する「診断書」	「労働者災害補償保険診断書」（障害（補償）等給付請求用）	4,000	7,000
3	障害の状態にある遺族が遺族（補償）等年金転給等請求書に添付して提出する「障害の状態に関する診断書」	「労働者災害補償保険障害の状態に関する診断書」（年金通知用式第7号）	4,000	6,000
4	療養開始後1年6ヶ月を経過した日以後傷病（補償）等年金の支給決定に必要と認めた場合に「傷病の状態に関する届」に添付して提出する「診断書」	「労働者災害補償保険診断書」（じん肺、せき髄損傷、じん肺・せき髄損傷以外の3種類）（年金通知様式第2号の1、第3号、第4号）	4,000	6,000
5	療養開始後1年6ヶ月を経過した日において治っていない場合に、同日以後1ヶ月以内に提出する「傷病の状態に関する届」に添付して提出する「診断書」			
6	負傷又は疾病が毎年1月1日において療養開始後1年6ヶ月を経過しているときに同月中のいずれかの日の分を含む休業（補償）等給付請求書に添付して提出する「診断書」			
7	傷病（補償）等年金の受給者が障害の程度に変更があった場合に提出する「診断書」			
8	介護（補償）等給付の支給を受けようとする者が介護（補償）等給付支給請求書に添付して提出した「診断書」	「労働者災害補償保険診断書」（介護（補償）等給付請求用）	4,000	6,000
9	監督署長が、療養（補償）等給付を受けている者について療養の継続の要否、入院療養の要否、治ゆ等を判断するために必要と認め、診療担当医師に診断書の提出を求めた場合における当該「診断書」	「労働者災害補償保険診断書」（じん肺、せき髄損傷、じん肺・せき髄損傷以外の3種類）	5,000	6,000
10	はり・きゅう及びマッサージの施術に係る「診断書」等	「労働者災害補償保険はり・きゅう診断書、施術効果の評価表」（診鍼様式第1号、第1号別添）	(はり・きゅう単独) 3,000 (一般診療とはり・きゅう併用) 4,000 (マッサージ) 3,000	(はり・きゅう単独) 4,000 (一般診療とはり・きゅう併用) 5,000 (マッサージ) 4,000
11	マッサージ受診のため初診時、6ヶ月経過後その後3ヶ月ごとに傷病労働者に交付する「診断書」	「労働者災害補償保険マッサージ診断書」（診鍼様式第2号）	3,000	4,000

No.	診断書等の種類	様式名	文書料 (現行)	文書料 (見直し後)
(意見書関係)				
1	監督署長が労働者災害補償保険法第47条の2の規定による受診命令に基づいて主治医等に作成依頼する「意見書」	「意見書」	(一般的な医学事項) 7,000 (特に高度な医学事項) 20,000	(一般的な医学事項) 8,000 (特に高度な医学事項) 22,000
2	業務上外及び障害等級の認定に関し、厚生労働省労働基準局長又は都道府県労働局長が専門医に作成依頼する「意見書」	「意見書」	(保険給付決定) 20,000～50,000	(保険給付決定) 22,000～55,000
			(訴訟) 20,000～300,000	(訴訟) 22,000～330,000
			(訴訟・証人) 20,000～200,000	(訴訟・証人) 22,000～220,000
			(調査研究等・個人) 20,000～50,000	(調査研究等・個人) 22,000～55,000
			(調査研究等・団体) 50,000～200,000	(調査研究等・団体) 55,000～220,000
			(その他) 3,000～10,000	(その他) 3,300～11,000
			(審査請求・鑑定(一般)) 20,000 (審査請求・鑑定(特に高度)) 50,000	(審査請求・鑑定(一般)) 22,000 (審査請求・鑑定(特に高度)) 55,000
3	神経系統の機能又は精神の障害の障害等級認定に際し、主治医に依頼する「意見書」	「脳損傷又はせき髄損傷による障害の状態に関する意見書」	20,000	22,000
4	神経系統の機能又は精神の障害の障害等級認定に際し、主治医に依頼する「意見書」	「非器質性精神障害の後遺障害の状態に関する意見書」	20,000	22,000
5	脳・心臓疾患事案の業務上外の判断に係る主治医等に依頼する「意見書」	「意見書」(脳・心臓疾患用)	7,000	8,000
6	精神障害の業務上外の判断に係る主治医等に依頼する「意見書」	「意見書」(精神障害用、様式5-2)	7,000	8,000
7	石綿関連疾患事案の業務上外の判断に係る主治医等に依頼する「診断(意見)書」 石綿健康被害救済法による特別遺族給付の請求事案に関し、主治医等に依頼する「回答書」	「診断(意見)書」(肺がん、中皮腫、良性石綿胸水、びまん性胸膜肥厚用の4種類) 「回答書」(肺がん、良性石綿胸水用の2種類)	7,000	8,000
8	振動障害に関し、受給者の症状経過を的確に把握するため、診療担当医から必要に応じ依頼する「意見書」	「振動障害に関する意見書」	7,000	8,000
(証明関係)				
1	休業(補償)等給付支給請求書の休業に関する診療担当者の証明	請求書様式第8号、第16号の6	2,000	2,200
2	看護の給付の看護費用の額の証明書における診療担当者の証明	昭和63年5月12日付け基発第315号別紙様式1	1,000	1,100

医療機関に対する診断書料等に関する実態調査について

1 調査の目的

医療機関において、診断書料、意見書料等の価格等の実態を把握することを目的として実施

2 調査対象

労災指定医療機関のうち、都道府県ごとに無作為に抽出した 5,000 医療期間

3 調査期間

2025 年 12 月 11 日～2026 年 1 月 14 日

4 調査方法

郵送で別添 1 の調査票を送付
WEB・郵送でのアンケート回答

5 有効回答数

2,268 件（回答率 45.4%）

6 調査結果（概要）

（1）文書料に関する規定の有無

有りと回答した医療機関・・・・・・・・・・85.1%

（2）各種文書料（平均額）

ア 診断書

① 複雑なもの・・・・・・・・・・5,472 円

② 保険会社診断書（後遺障害）・・・・・・・・6,986 円

③ 自賠責保険診断書（後遺障害）・・・・・・・・7,097 円

イ 意見書料

① 意見書料（一般）・・・・・・・・・・4,271 円

② 意見書料（複雑なもの）・・・・・・・・5,732 円

ウ 証明書料

① 休業証明書・・・・・・・・・・2,711 円

② 医療費等に関する証明書・・・・・・・・1,923 円

※詳細は、別添 2 のとおり。

診断書、意見書料等に関する実態調査について

以下の診断書、意見書等に関する設問にお答えください。

- ① 貴医療機関に診断書や意見書等の文書料に関する規定や基準はありますか。（有・無）

※該当するものに○を付してください。

- ② 以下の診断書等の料金について、可能な範囲でお答えください。

（①の設問で規定等有る場合はその金額を、無の場合もその種類や実際の金額を御教示ください）

※概ねの金額を、一番下の枠内からお選びいただき、該当する番号を御記載ください（該当するものが無ければ空欄としてください）

文書の名称	番号（金額）	文書の名称	番号（金額）
1: 診断書		9: 自賠責保険診断書	
2: 診断書 （内容や枚数が多い等複雑なもの）		10: 自賠責保険診断書（後遺障害）	
3: 休業証明書		11: その他（他制度等に係る診断書等があれば可能な範囲で記載してください）	
4: 医療費等に関する証明書、証明料			
5: 年金関係（公的機関提出用） （厚生国民年金等・共済に係る診断書）			
6: 年金現況届			
7: 保険会社診断書			
8: 保険会社診断書（後遺障害）			

- ③ 意見書料について、可能な範囲でお答えください。

（①の設問で規定等有る場合はその金額を、無の場合もその種類や実際の金額を御教示ください）

※概ねの金額を、一番下の枠内からお選びいただき、該当する番号を御記載ください（該当するものが無ければ空欄としてください）

文書の名称	番号（金額）	文書の名称	番号（金額）
1: 意見書		3: その他	
2: 意見書 （内容や枚数が多い等複雑なもの）			



左記の二次元コードからオンライン回答も可能です。オンラインで回答していただいた場合は、アンケート票の返送は必要ございません。オンライン回答の場合は、右上のバーコード番号を記載していただく必要があります。

該当する番号（金額）をお選びください。

- ① 1,000円未満
② 1,000円以上～2,000円未満
③ 2,000円以上～3,000円未満
④ 3,000円以上～4,000円未満
⑤ 4,000円以上～5,000円未満
⑥ 5,000円以上～6,000円未満
⑦ 6,000円以上～7,000円未満
⑧ 7,000円以上～8,000円未満
⑨ 8,000円以上～9,000円未満

- ⑩ 9,000円以上～10,000円未満
⑪ 10,000円以上～12,000円未満
⑫ 12,000円以上～14,000円未満
⑬ 14,000円以上～16,000円未満
⑭ 16,000円以上～18,000円未満
⑮ 18,000円以上～20,000円未満

※20,000円以上の場合は、実際の金額を御記載ください。

実態調査にご協力いただきありがとうございました。

別添 2

診断書等

(単位：件、円)

		診断書		診断書（複雑なもの）		年金関係診断書		年金現況届		保険会社診断書	
		回答数	金額	回答数	金額	回答数	金額	回答数	金額	回答数	金額
①	1,000円未満	9	4,500	3	1,500	12	6,000	34	17,000	2	1,000
②	1,000円以上～2,000円未満	342	513,000	69	103,500	31	46,500	61	91,500	10	15,000
③	2,000円以上～3,000円未満	770	1,925,000	178	445,000	56	140,000	103	257,500	40	100,000
④	3,000円以上～4,000円未満	738	2,583,000	338	1,183,000	204	714,000	199	696,500	266	931,000
⑤	4,000円以上～5,000円未満	135	607,500	204	918,000	192	864,000	123	553,500	261	1,174,500
⑥	5,000円以上～6,000円未満	205	1,127,500	708	3,894,000	759	4,174,500	411	2,260,500	1,010	5,555,000
⑦	6,000円以上～7,000円未満	34	221,000	138	897,000	166	1,079,000	85	552,500	237	1,540,500
⑧	7,000円以上～8,000円未満	13	97,500	121	907,500	154	1,155,000	79	592,500	233	1,747,500
⑨	8,000円以上～9,000円未満	7	59,500	57	484,500	107	909,500	42	357,000	88	748,000
⑩	9,000円以上～10,000円未満	0	0	12	114,000	14	133,000	4	38,000	6	57,000
⑪	10,000円以上～12,000円未満	5	55,000	154	1,694,000	255	2,805,000	94	1,034,000	67	737,000
⑫	12,000円以上～14,000円未満	0	0	8	104,000	23	299,000	10	130,000	5	65,000
⑬	14,000円以上～16,000円未満	1	15,000	4	60,000	8	120,000	0	0	1	15,000
⑭	16,000円以上～18,000円未満	1	17,000	3	51,000	13	221,000	0	0	0	0
⑮	18,000円以上～20,000円未満	0	0	2	38,000	2	38,000	2	38,000	0	0
⑯	20,000円以上	0	0	3	60,000	8	160,000	0	0	1	20,000
合計		2260	7,225,500	2,002	10,955,000	2,004	12,864,500	1,247	6,618,500	2,227	12,706,500
平均額		3197.1		5472.0		6419.4		5307.5		5705.7	

(単位：件、円)

		保険会社診断書（後遺障害）		自賠責診断書		自賠責診断書（後遺障害）		その他	
		回答数	金額	回答数	金額	回答数	金額	回答数	金額
①	1,000円未満	0	0	3	1,500	3	1,500	20	10,000
②	1,000円以上～2,000円未満	5	7,500	7	10,500	4	6,000	31	46,500
③	2,000円以上～3,000円未満	16	40,000	43	107,500	15	37,500	85	212,500
④	3,000円以上～4,000円未満	99	346,500	272	952,000	96	336,000	177	619,500
⑤	4,000円以上～5,000円未満	164	738,000	308	1,386,000	158	711,000	68	306,000
⑥	5,000円以上～6,000円未満	811	4,460,500	941	5,175,500	760	4,180,000	192	1,056,000
⑦	6,000円以上～7,000円未満	212	1,378,000	205	1,332,500	208	1,352,000	38	247,000
⑧	7,000円以上～8,000円未満	241	1,807,500	176	1,320,000	211	1,582,500	25	187,500
⑨	8,000円以上～9,000円未満	134	1,139,000	68	578,000	119	1,011,500	21	178,500
⑩	9,000円以上～10,000円未満	25	237,500	11	104,500	25	237,500	3	28,500
⑪	10,000円以上～12,000円未満	314	3,454,000	80	880,000	341	3,751,000	75	825,000
⑫	12,000円以上～14,000円未満	23	299,000	9	117,000	24	312,000	3	39,000
⑬	14,000円以上～16,000円未満	13	195,000	0	0	11	165,000	0	0
⑭	16,000円以上～18,000円未満	15	255,000	2	34,000	18	306,000	1	17,000
⑮	18,000円以上～20,000円未満	0	0	0	0	0	0	0	0
⑯	20,000円以上	9	180,000	0	0	12	240,000	10	200,000
合計		2,081	14,537,500	2,125	11,999,000	2,005	14,229,500	749	3,973,000
平均額		6985.8		5646.6		7097.0		5304.4	

意見書

(単位：件、円)

		意見書		意見書（複雑なもの）		その他	
		回答数	金額	回答数	金額	回答数	金額
①	1,000円未満	45	22,500	24	12,000	10	5,000
②	1,000円以上～2,000円未満	146	219,000	35	52,500	11	16,500
③	2,000円以上～3,000円未満	262	655,000	99	247,500	16	40,000
④	3,000円以上～4,000円未満	409	1,431,500	194	679,000	28	98,000
⑤	4,000円以上～5,000円未満	257	1,156,500	193	868,500	28	126,000
⑥	5,000円以上～6,000円未満	397	2,183,500	484	2,662,000	34	187,000
⑦	6,000円以上～7,000円未満	48	312,000	61	396,500	5	32,500
⑧	7,000円以上～8,000円未満	50	375,000	88	660,000	9	67,500
⑨	8,000円以上～9,000円未満	19	161,500	40	340,000	3	25,500
⑩	9,000円以上～10,000円未満	2	19,000	6	57,000	0	0
⑪	10,000円以上～12,000円未満	47	517,000	120	1,320,000	7	77,000
⑫	12,000円以上～14,000円未満	3	39,000	8	104,000	1	13,000
⑬	14,000円以上～16,000円未満	2	30,000	6	90,000	3	45,000
⑭	16,000円以上～18,000円未満	3	51,000	5	85,000	1	17,000
⑮	18,000円以上～20,000円未満	1	19,000	4	76,000	0	0
⑯	20,000円以上	2	40,000	13	260,000	2	40,000
合計		1,693	7,231,500	1,380	7,910,000	158	790,000
平均額		4271.4		5731.9		5000.0	

証明書

(単位：件、円)

		休業証明書		医療費等に関する証明書、 証明料	
		回答数	金額	回答数	金額
①	1,000円未満	119	59,500	430	215,000
②	1,000円以上～2,000円未満	320	480,000	857	1,285,500
③	2,000円以上～3,000円未満	695	1,737,500	369	922,500
④	3,000円以上～4,000円未満	397	1,389,500	195	682,500
⑤	4,000円以上～5,000円未満	64	288,000	32	144,000
⑥	5,000円以上～6,000円未満	105	577,500	70	385,000
⑦	6,000円以上～7,000円未満	10	65,000	11	71,500
⑧	7,000円以上～8,000円未満	7	52,500	6	45,000
⑨	8,000円以上～9,000円未満	1	8,500	3	25,500
⑩	9,000円以上～10,000円未満	0	0	1	9,500
⑪	10,000円以上～12,000円未満	0	0	1	11,000
⑫	12,000円以上～14,000円未満	0	0	0	0
⑬	14,000円以上～16,000円未満	0	0	0	0
⑭	16,000円以上～18,000円未満	0	0	0	0
⑮	18,000円以上～20,000円未満	0	0	0	0
⑯	20,000円以上	0	0	0	0
合計		1,718	4,658,000	1,975	3,797,000
平均額		2711.3		1922.5	

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。

改正後の診断書様式

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
傷名	負傷又は発病年月日	年	月	日
障害の部位	初診年月日	年	月	日
既往歴	治療(症状固定)年月日	年	月	日
家族歴	既 存 障 害			
経内通診				

各部位の障害の詳細 (各部位の障害について、該当項目を「有・無」に○印で付合欄に記入(至添付用紙等も記入してください)。

① 高度動脈硬化症の有無	有・無	イ 身体性聴覚障害の有無 (聴覚等)	有・無
② 又神経性痛風	有・無	ウ その他の聴覚障害の有無	有・無
③ 精神状態	有・無		
④ 呼吸器の障害	有・無	イ 聴覚器の障害の有無	有・無
⑤ 胸腹部の障害	有・無	ウ 泌尿器の障害の有無	有・無
⑥ 生殖器の障害	有・無	エ 生殖器の障害の有無	有・無

⑦ 工 聴覚の障害 (HARD OF HEARING) (至添付用紙等も記入してください)。

イ 聴覚機能障害	ウ 運動障害	エ 聴覚の障害	オ 外傷性聴覚
ア 視力障害	イ 聴覚機能障害	ウ 運動障害	エ 聴覚の障害
イ 聴覚機能障害	ウ 運動障害	エ 聴覚の障害	オ 外傷性聴覚
イ 聴覚機能障害	ウ 運動障害	エ 聴覚の障害	オ 外傷性聴覚

④ 耳の障害

検査日	ア 平均聴覚閾値レベル (6分音)	イ 最高明聴度 (聴音)	ウ 耳介の欠損	エ 耳鳴
第1回	右 年 月 日	dB	右 有・無	右 有・無
第2回	左 年 月 日	dB	左 有・無	左 有・無
第3回	右 年 月 日	dB	右 有・無	右 有・無
第4回	左 年 月 日	dB	左 有・無	左 有・無

⑤ 鼻の障害

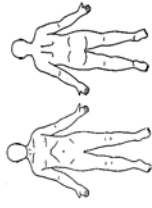
検査日	ア 鼻軟骨部の欠損	イ 鼻の機能障害
第1回	右 年 月 日	右 有・無
第2回	左 年 月 日	左 有・無

⑥ 口の障害

検査日	ア 舌の機能障害	イ 舌の運動障害	ウ 歯牙の障害
第1回	右 年 月 日	右 有・無	右 有・無
第2回	左 年 月 日	左 有・無	左 有・無

⑦ 顔状障害

検査日	ア 外観	イ 上肢・下肢・その他
第1回	右 年 月 日	右 有・無
第2回	左 年 月 日	左 有・無

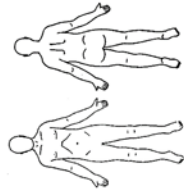


改正後の診断書様式

⑩ 上下肢等関節角度測定表									
運動方向	肘関節		前腕関節		手関節		肩関節		足関節
	屈曲	伸曲	屈曲	伸曲	内転	外転	屈曲	伸曲	背屈
屈曲	○	○	○	○	○	○	○	○	○
伸曲	○	○	○	○	○	○	○	○	○
内転	○	○	○	○	○	○	○	○	○
外転	○	○	○	○	○	○	○	○	○
背屈	○	○	○	○	○	○	○	○	○
跖屈	○	○	○	○	○	○	○	○	○

⑪ 障害の性状及びXP等の所見									
（この所見を記載するものは図解してください。）									
① 障害の性状及びXP等の所見									
（この所見を記載するものは図解してください。）									

⑫ 手足麻痺の程度									
運動方向	肘関節		前腕関節		手関節		肩関節		足関節
	屈曲	伸曲	屈曲	伸曲	内転	外転	屈曲	伸曲	背屈
屈曲	○	○	○	○	○	○	○	○	○
伸曲	○	○	○	○	○	○	○	○	○
内転	○	○	○	○	○	○	○	○	○
外転	○	○	○	○	○	○	○	○	○
背屈	○	○	○	○	○	○	○	○	○
跖屈	○	○	○	○	○	○	○	○	○



患者氏名	性別	年齢	所在地	電話番号
○	○	○	○	○

上記のとおり診断します。

年 月 日

所在地

診断担当者 (姓名)

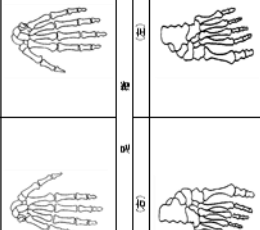
正 名

⑬ 頸椎病、胸椎病、胸椎病の程度									
（障害のある運動に○を付け、下記「⑭ 上下肢等関節障害程度測定表」にその障害程度を記入してください。）									
運動方向	屈曲	伸曲	回旋	側屈	伸屈	伸屈	伸屈	伸屈	伸屈
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

⑭ 上下肢等関節障害程度測定表									
運動方向	肘関節		前腕関節		手関節		肩関節		足関節
	屈曲	伸曲	屈曲	伸曲	内転	外転	屈曲	伸曲	背屈
屈曲	○	○	○	○	○	○	○	○	○
伸曲	○	○	○	○	○	○	○	○	○
内転	○	○	○	○	○	○	○	○	○
外転	○	○	○	○	○	○	○	○	○
背屈	○	○	○	○	○	○	○	○	○
跖屈	○	○	○	○	○	○	○	○	○

⑮ 欠陥損傷(離断部位)を図に示してください。									
上肢(手指含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○
下肢(足指含む)	○	○	○	○	○	○	○	○	○

⑯ 障害の程度									
（この所見を記載するものは図解してください。）									
① 障害の程度									
（この所見を記載するものは図解してください。）									



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

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	右	有・無																																																											
		○日		有・無		有・無		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	%	オ 耳漏の有無		左		左		左																																																													
		○日		有・無		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	%	左		有・無		有・無		有・無																																																													
		○日		有・無		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、現実には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" style="width:100%; text-align:center;"> <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>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td> </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> </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="13"></td> <td>該当歯計</td> <td>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。)			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	

「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)	(右)	(左)
	下肢		足指			
	(右)	(左)	(右)	(左)	(右)	(左)
	イ 短縮障害	右下肢長	cm	ウ 変形障害	偽関節(仮関節)の有無及び部位(ゆ合不良)	有 <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

運動方向	部位	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								
運動方向	部位	肩関節		運動方向	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					右		左		
				回内					
				回外					
(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	機軸外転	40	60	
	伸展	5	10	5	10		掌側外転	50	90
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

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		部位 運動方向	ひざ関節		足関節	
	右	左		右	左	右	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)		指節間関節 (IP)			
		右	左	右	左		
第1足指	屈曲						
	伸展						
部位	関節名	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						

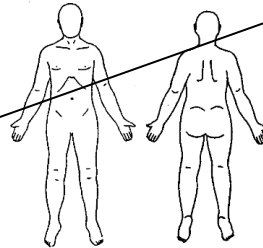
※本測定表のうち、必要部分のみ記入してください。また、患側のみならず健側も測定してください。
 ※原則、他動運動により測定してください。自動運動で測定した場合には、その理由を以下に記入してください。

(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

(診療科)

(氏名)

診断担当者
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。