

公益社団法人 日本医師会 御中

損害保険料率算出機構

自賠責損害調査センター

企画推進部長 丸山



「交通事故受傷後の傷痕等に関する所見」新設にあたってのお願い

拝 啓

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。平素は弊機構業務につきまして格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、掲記の件につきましては、貴会のご協力をいただき、一部地域で試行を実施してはいましたが、今般、全国にて実施することになりましたのでご案内いたします。引き続き、ご協力賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

敬 具

記

1. 内 容

2016年10月*以降、保険会社等からの依頼があった場合、自賠責保険後遺障害診断書と併せて、「交通事故受傷後の傷痕等に関する所見」**別紙1**に傷痕の形態や大きさ等をご記入くださるようお願い申し上げます。

なお、診療医様に依頼する際、記載例等をまとめた書面**別紙2**を添付いたします。

*. すでに実施している地区（北海道・大阪府）は継続となります。

2. 対象事案

交通事故被害者（患者）様の身体に傷痕が残存したと診断されたもののうち、「交通事故受傷後の傷痕等に関する所見」のご記入依頼があったものが対象となります。

3. その他

弊機構にて作成・配付している「自賠責保険（共済）における後遺障害とは～診断書作成にあたってのお願い～」に、傷痕等にかかる障害に関する項目および「交通事故受傷後の傷痕等に関する所見」様式を追加し改訂する予定です。

以 上

<添付資料>

- 別紙1** 「交通事故受傷後の傷痕等に関する所見」書式
- 別紙2** 「交通事故受傷後の傷痕等に関する所見」ご記入にあたって

【本件のお問合せ先】

損害保険料率算出機構

企画推進部 損調企画グループ（杉村）

TEL. 03-6758-1336（直通）

FAX. 03-3346-7538

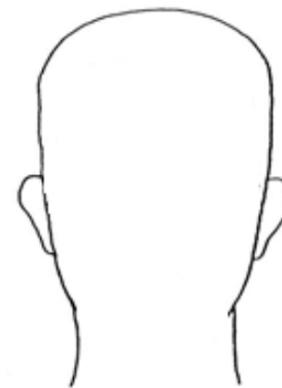
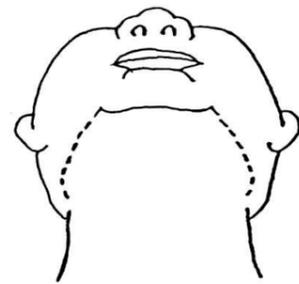
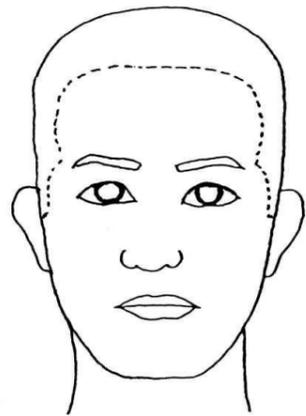
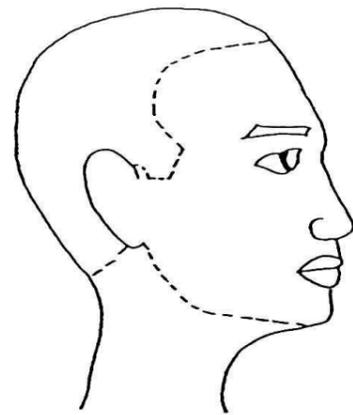
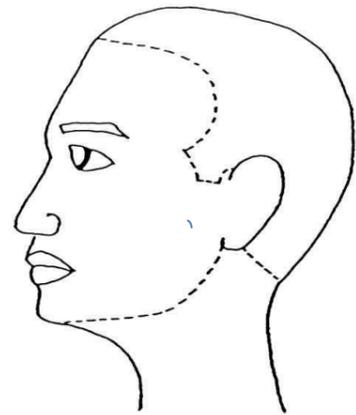
e-mail sonchou_kikaku@giroj.or.jp

交通事故受傷後の傷痕等に関する所見

(患者 様 男・女 年 月 日生)

外ぼう (頭部・顔面部・頸部) ※

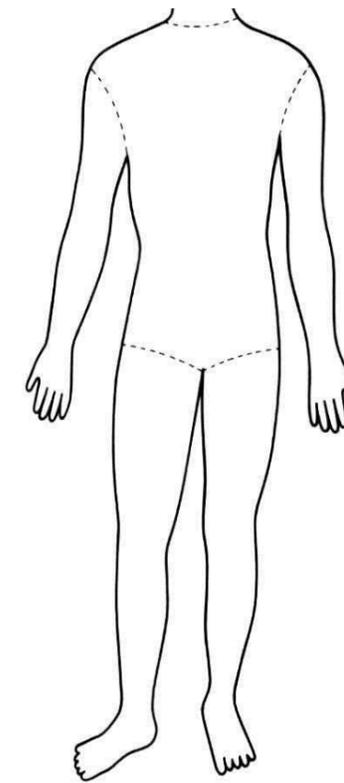
※近接した距離 (概ね 1 cm 以内) に複数の傷痕が残存する場合、
当該傷痕間の距離もお示しいただけると幸いです。



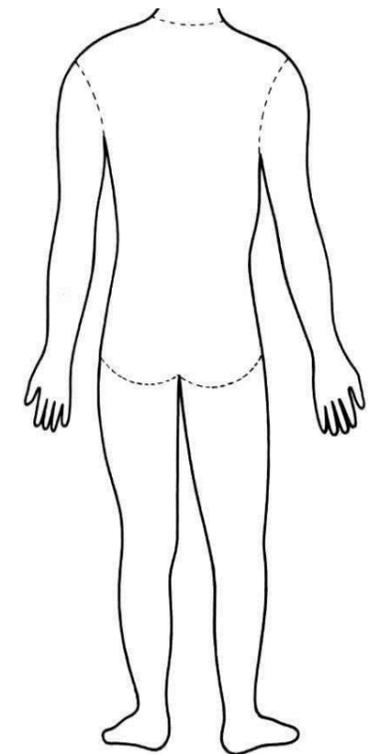
(後頭部)

上肢 / 下肢 / 胸腹部・背臀部

(前)



(後)



参考になるご意見・ご所見、その他補足等

[]

診断日： 年 月 日
発行日： 年 月 日

医療機関の住所

医療機関の名称・科目

医師氏名

印

『交通事故受傷後の傷痕等に関する所見』 ご記入にあたって

＜趣旨＞

- 「自動車損害賠償責任保険 後遺障害診断書 ⑦醜状障害（採皮痕を含む）」欄への記入とともに、当該傷痕等について、添付「交通事故受傷後の傷痕等に関する所見」に、詳しくご記入ください。（右にお示した「記入例」をご参照ください。）
- 「形態※」「計測値（大きさ・幅・長さ等）」など、詳しく図示をお願いいたします。
※「瘢痕」「線状痕」「組織陥没」など、具体的にご記載下さい。
- 外ぼう（頭部、顔面部、頸部）について、近接した距離（概ね 1 cm 以内）に複数の傷痕が残存する場合、当該傷痕間の距離もお示しいただけると幸いです。
（例：右「記入例」の右頬部の線状痕）
- 傷痕等を写真撮影いただける場合、併せて写真（カラーコピー可）を添付いただけると幸いです。なお、写真裏面に撮影者の御記名と資格（医師・看護師等）の記載、および捺印をお願いします。

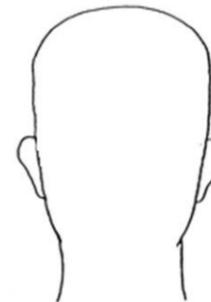
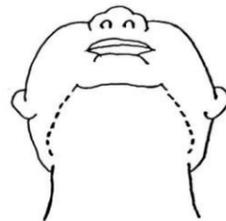
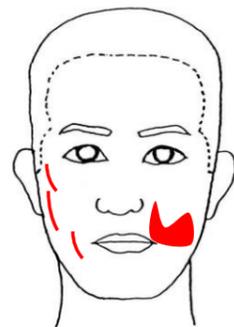
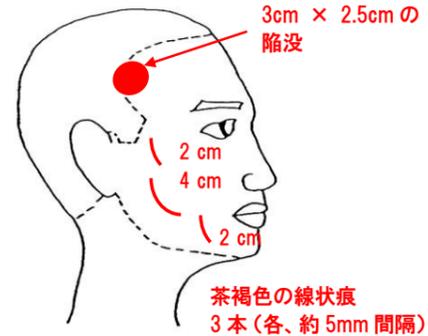
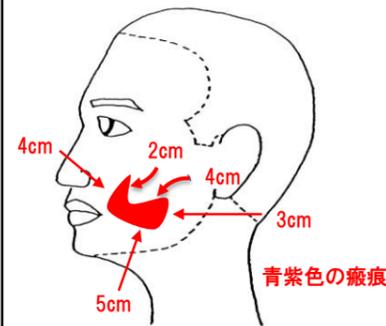
交通事故受傷後の傷痕等に関する所見 **記入例**

（患者 **損保 太郎** 様 **男**・女 **平成 2**年 **3**月 **3**日生）

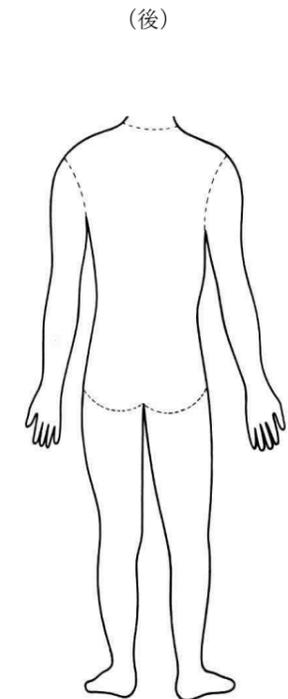
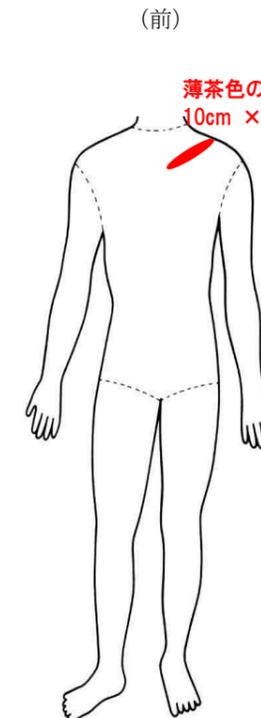
外ぼう（頭部・顔面部・頸部）※

※近接した距離（概ね 1 cm 以内）に複数の傷痕が残存する場合、当該傷痕間の距離もお示しいただけると幸いです。

上肢 / 下肢 / 胸腹部・背臀部



（後頭部）



参考になるご意見・ご所見、その他補足等

- ・頭蓋形成術後、右側頭部に 3cm × 2.5cm の陥没あり。
- ・顔面受傷に伴い、右頬部に線状痕（3本）および左頬部に瘢痕あり。
- ・左鎖骨部に、手術後の瘢痕あり。

診断日：平成 26 年 10 月 1 日
発行日：平成 26 年 10 月 1 日

医療機関の住所 ●●県●●市 1-2-3

医療機関の名称・科目 ●●病院 形成外科

医師氏名 ▲▲ ▲▲

印