

様式第 1 号 (第 5 条関係)

診 断 書

氏 名			生年月日	年 月 日	性 別	男・女
傷 病 名			負傷発病年月日	年 月 日		
障 害 の 部 位			初 診 年 月 日	年 月 日		
既 往 症		既 存 障 害		治 癒 年 月 日	年 月 日	
療養の内容及び経過						
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること)					

部位	種類範囲									
	関節運動範囲	右								
左										
	右									
	左									
	右									
	左									

上記のとおり診断します。

____年 ____月 ____日

郵便番号 _____ 電話番号 _____ 局番 _____

病院又は 所在地 _____

診療所の 名称 _____

診療担当者
氏 名 _____ 印