

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)				
関 節 運 動 範 囲	種類範囲				
	部位				
		右			
		左			
		右			
		左			
上記のとおり診断します。		郵便番号	_____	電話番号	_____
_____年 月 日	病院又は	所在地	_____		
	診療所の	名 称	_____		
		診療担当者	_____		
		氏 名	_____ (印)		