

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 ゆ 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	部位		種類範囲								
			右								
			左								
			右								
			左								
			右								
		左									
上記のとおり診断します。			郵便番号	電話番号	局番						
年 月 日		病院又は 診療所の	所在地	名称							
			診療担当者	氏 名							
				(印)							