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 | 令和　　年　　月　　日 |
| 障害の部位 |  | 初診年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 既往症 |  | 既存障害 |  | 治癒年月日 | 令和　　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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 右 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 左 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　上記のとおり診断します。　　　　　〒　　 -　 　　　電話番号　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　病院又は　所在地　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療所の　名称　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 |
| 　令和　　年　　月　　日 | 診療担当者氏名 | 　　　　 　　　　　　　　　　　　（注）本人が自署（手書き）する場合は押印不要。　　（本人が自署しない場合は押印が必要） |