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） | | | | | | | | | |