

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			
上記のとおり診断します。					
			〒	-	電話番号
		病院又は 診療所の	所在地		
			名 称		
			診療担当者		
令和	年	月	日	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)					