

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 び 養 経 の 過 内 容 及									
障 詳 害 細 の 状 態 の	(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								
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>郵便番号 電話番号 所在地 名 称 診療担当 医 師</p>									