

(様式第1号)

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	平成 2 3 年	月	日
障害の部位		初 診 年 月 日	平成 2 3 年	月	日
既 往 症		治 癒 年 月 日	平成 年	月	日
既存障害					

療養の内容及び経過	
-----------	--

障害の状態の詳細	(☒で示すことができるものは、☒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。

平成 年 月 日

郵便番号

病院又は診療所の 所在地

名 称

電話番号

診療担当者氏名

⑩

