

第1号様式(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	治ゆ年月日	年 月 日							
療養及び経過の内容										
障害の詳細の状態	(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								
<p>上記のとおり診断します。 郵便番号_____電話番号_____局番_____</p> <p>病院又は 所在地_____</p> <p>_____年 月 日 診療所の 名 称_____</p> <p>診療担当者 氏 名_____ (印)</p>										