

第1号様式

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。						局 番				
			郵便番号	電話番号						
年 月 日		病院又は 診療所の	所在地							
		名 称								
		診療担当者 氏 名				(印)				