

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										
上記のとおり診断します。												
			郵便番号	_____							電話番号	_____
			所在地	_____								
			病院又は	名称 _____								
			診療所の	診療担当者 _____								
			氏 名	_____ 印								
			年 月 日	_____								