

様式第4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	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								
療養の内容および経過											
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。											
年 月 日			所在地		病院名		医師氏名		電話番号		
									印		