

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 | | | | | | | | |
| | | 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 | |