様式第1号(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 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 右 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 左 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 上記のとおり診断します。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　　　　　　　　　㊞ |