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　　　　　　病院又は　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　　診療所の　名　称　　　　　　　　　　　　　　診療担当者氏　　　名　　　　　　　　　　　 印 |