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