

様式第1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 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	部位	種類範囲									
		右									
		左									
		右									
		左									
		右									
上記のとおり診断します。											
<p style="text-align: right;">郵便番号_____電話番号_____局番</p> <p style="text-align: right;">所在地_____</p> <p style="text-align: right;">病院又は</p> <p style="text-align: right;">診療所の 名 称_____</p> <p style="text-align: right;">診療担当者</p> <p style="text-align: right;">氏 名_____ (印)</p>											
年 月 日											