

診 断 書

氏 名		生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和	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								
<p>上記のとおり診断します。 郵便番号 _____ 電話番号 _____ 局番 _____</p> <p>病院又は 所在地 _____</p> <p>平成 年 月 日 診療所の 名 称 _____</p> <p>診療担当者 氏 名 _____ ㊟</p>										