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 |
| 既応症 | 既存障害 | 治癒年月日 | 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　　　 | 局番 |
| 　 | 診療所の病院又は | 名称　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　 |
| 　　　　年　　月　　日診療担当者　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印　　 |