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