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。  年　　月　　日  病院又は診療所の　　　郵便番号　　　　　　電話番号  　所在地  　名称  診療担当者  　氏　　　名 | | | | | | | | | | | | | | | |