

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	種類範囲									
	部位									
		右								
		左								
		右								
		左								

上記のとおり診断します。

局 番

郵便番号 _____ 電話番号 _____

病院又は _____
診療所の 所在地 _____

_____ 年 月 日 診療所の 名 称 _____

診療担当者
氏 名 _____