

診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日							
傷 病 名		負傷発病年月日	年 月 日							
障がいの部位		初 診 年 月 日	年 月 日							
既 往 症	既存障がい	治 ゆ 年 月 日	年 月 日							
療養の内容及び経過										
障がいの状態の詳細	(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						
年 月 日		病院又は 所在地_____		診療所の 名 称_____						
		診療担当者 氏 名_____		(印)						