

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								
		右								
		左								
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: right;">郵便番号 _____ 電話番号 _____ 局番 _____</p> <p style="text-align: center;">_____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="text-align: right;">病院又は 所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">診療所の 名 称 _____</p> <p style="text-align: right;">診療担当者 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____ ⑩</p>										