

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								

上記のとおり診断します。

郵便番号 _____ 電話番号 _____

病院又は 所 在 地 _____

診療所の 名 称 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

診療担当者
氏 名 _____