

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	平成23年	月 日
障害の部位			初診年月日	平成23年	月 日
既往症			治癒年月日	平成 年	月 日
既存障害					

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。

平成23年 月 日

病院又は診療所の 所在地
名 称
郵便番号
電話番号

診療担当者氏名 印