様式第１号（第５条関係）

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。 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | | 病院又は診療所の | | 局  郵便番号 　　　　　電話番号 　　　　　番  所 在 地  名　　称  診療担当者  氏　　　名 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |