

# 診 断 書

高度障害用

1. 氏 名	男・女		2. 生年月日	年	月	日
3. 住 所			4. 職 業			
5. 傷病名						
6. 受 傷 (発病)日	年	月	日	受傷 時間	午前 時	分
7. 受 傷 の 状況・原因						いずれかに○印をして下さい。 医師推定・患者申告
8. 初 診 日	年	月	日	9. 終 診 日	年	月
10. 入院期間	入院日		年	月	日	退院日
11. 前 医	有	住 所				
	無	氏 名				
12. 今回の受傷（発病）から初診までの経過						
13. 初診時の主訴・所見およびその後の経過						
治療内容						
手術名						
手術日						
年						
月						
日						
14. 今回の受傷 (発病)以前 にあった身 体障害	あった場合はその部位および状態					

様 式 第 十 二 号

