

# 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	年	月
11. 前 医	有 無	住 所 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

