

障 害 診 断 書

氏 名		大昭平	年 月 日生	歳
現 住 所		受 傷 発 病	平成 年 月 日	
受 傷 部 位		初 診	平成 年 月 日	
既 存 障 害 症 又 は 既 往 症		終 診	平成 年 月 日	
初 の 及 経 診 症 時 状 び 過				
入 院 の 期 間	入院 平成 年 月 日 退院 平成 年 月 日 (平成 年 月 日現在引き続き入院中)			
※ 現 障 害 の 在 状 の 詳 細	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 公務災害認定書の写を添付する。 </div> <p style="text-align: right;">最終診断日 平成 年 月 日</p>			

※記載上の注意……とくに切断又は関節障害の場合は裏面図表の記入を、また、視力障害の場合等は矯正視力等の記入をお願いします。
 なお、障害機能の回復について意見がありましたら記載してください。

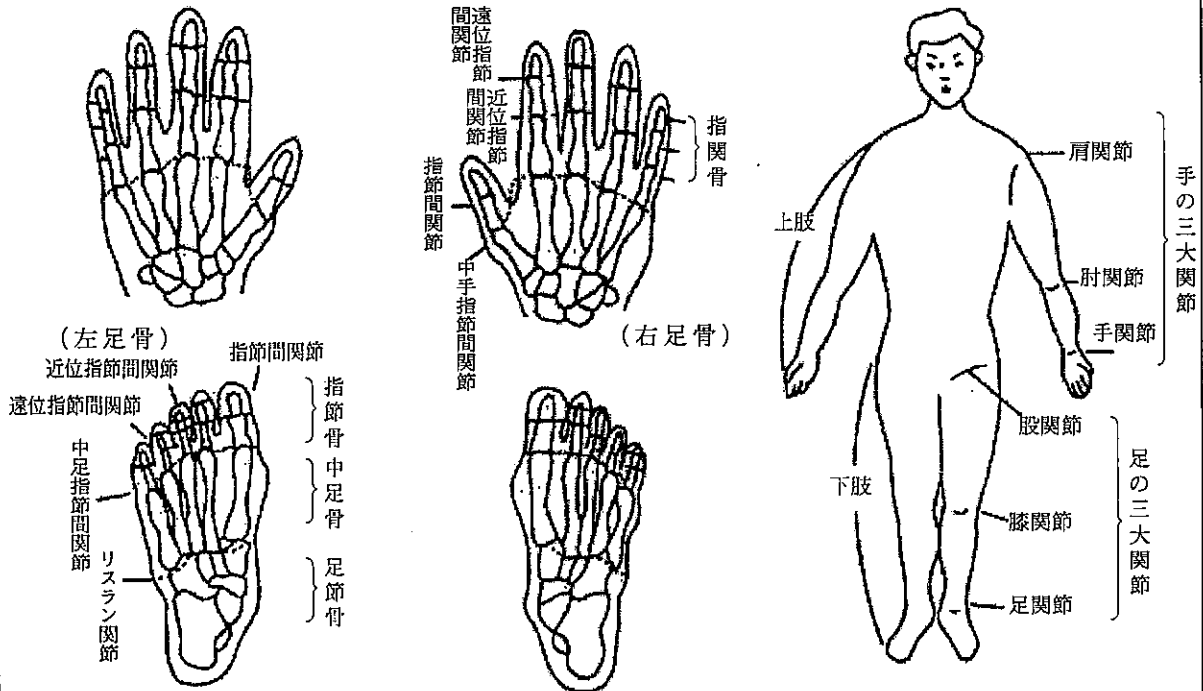
障害の部位及び状態の図示

四肢、手指、足指切断の場合は切断箇所にはっきりと横線を入れてください。

下肢短縮の場合はその長さを記載してください。

(左手骨)

(右手骨)



この欄は関節の運動範囲に障害のある場合にのみ記入してください。
障害のない手指は斜線で抹消してください。

手指の関節	運動の範囲		その他の関節	運動の範囲
	近位指節間関節	中手指節間関節		
母指	右		関節	
	左			
示指	右		関節	
	左			
中指	右		関節	
	左			
薬指	右		関節	
	左			
小指	右		関節	
	左			

以上のとおり診断（証明）する。

平成 年 月 日

病(医)院 所在地
又 は 名称
診療所の 医師

印