

労働者災害補償保険 診 断 書

障害(補償)等給付請求用

氏 名		生年月日	<small>明治 大正 昭和 平成</small>	年 月 日	性別	男・女
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		
既往歴		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	<p>(図で示すことができるものは図解すること。)</p> <div style="height: 200px;"></div>
----------	--

関節運動範囲	部位	種類	範囲							
		右								
		左								
		右								
		左								
		右								
		左								

<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">_____年 _____月 _____日</p>	<p style="text-align: right;">〒 _____ 電話(_____) _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>名 称 _____</p> <p>診断担当者 _____</p> <p>氏 名 _____</p>
---	---