

(イ)

診 断 書（呼吸器系結核以外の疾病又は負傷用）

氏 名			性別	男・女	年 月 日生			
疾病名又は負傷名								
発病年月日	年 月 日							
初診年月日	年 月 日							
原因又は誘因								
既往症								
初診時の所見								
療養の方針、経過及び予後								
現 症 (年月日)								
検査結果								
計 年 月 日 測	身長	cm	体重	kg	胸囲	cm	脈拍	
	体温	cm	呼吸		血圧	最高 最低	握力	右 左
	視野	cm	視力 (矯正)	右() 左()	調節 機能		聴力	右 左
四肢 長	患側				四肢 長	患側		
	健側				四肢 長	健側		
四肢 又は 脊柱 の障 害の 程度	関節 運動 範囲	関節名 又は部 位	運動の 種類・ 方向	自動 的可能 度	他動 的可能 度	強直 の角 度		
	欠損部又は畸形癍痕の範囲及び程度							
	神経障害の領域及び程度	知覚		温覚		痛覚		触覚
運動					反射			
現在の労働能力 (年月日)								
備 考								

上記のとおり、診断しました。

年 月 日

医師又は歯科医師の氏名：

所在地：

電話番号：