

労働者災害補償保険 診 断 書

障害(補償)給付請求用

氏 名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和	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	備考	備考	備考	備考	備考
			右					
		左						
		右						
		左						
		右						
		左						

上記のとおり診断します。 年 月 日	〒 _____ 電話(_____) _____ 所 在 地 _____ 名 称 _____ 診断担当者 _____ 氏 名 _____
---------------------------	---

(記名押印又は署名)