

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 癒 年 月 日	年 月 日	
療養の内容及び経過					
障害の状態の詳細	(図で示すことができるものは図解すること。)				
関節運動範囲	種類範囲				
	部位				
		右			
		左			
		右			
		左			
	右				
	左				
上記のとおり診断します。		〒 _____ 電話( _____ ) _____			
_____ 年 _____ 月 _____ 日		所 在 地 _____			
		名 称 _____			
		診断担当者 _____			
		氏 名 _____			