

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	<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	部位	種類範囲							
		右	左						

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



(記名押印又は署名)