

## 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	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	(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				
上記のとおり診断します。		〒 _____ 所在地		電話( ) _____		
_____ 年 月 日		名 称		_____		
		診断担当者 氏 名		_____		
						(記名押印又は署名)