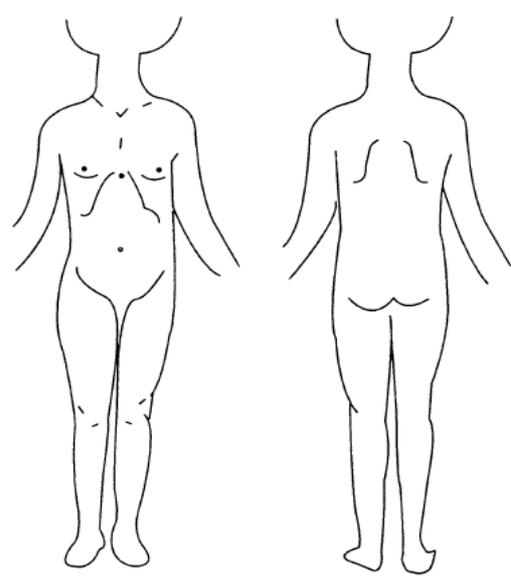


診 断 書

傷 病 者	所 属					
	住 所					
	氏 名	(昭和・平成 年 月 日生 男・女)				
傷 病 名						
傷 病 の 程 度 等	初 診	年	月	日 ()	早朝・午前・午後・夜・深夜	
	治療見込	年	月	日から	年 月 日まで	日間
	休業見込	年	月	日から	年 月 日まで	日間
	入院見込	年	月	日から	年 月 日まで	日間
	傷病の概要 (検査結果、臨床所見等を含め、詳細に記入してください。)					
腰部及び頸部にかかる傷病については、必ず裏面へ記入してください。						
<p>以上のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関の</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <div style="font-size: 2em; margin-right: 5px;">{</div> <div style="display: flex; flex-direction: column; gap: 5px;"> <div style="margin-left: 5px;">所在地</div> <div style="margin-left: 5px;">名 称</div> <div style="margin-left: 5px;">医師名</div> </div> </div>						

注) 年月日の記載には元号を用いること。

傷病が腰部及び頸部の場合のみ、この面を記入してください。なお、この面を記入していただいた場合の診断書（所見書）料について、療養費請求書裏面の明細書「⑩ その他」欄の「診断書（所見書）料」の項に「（腰頸部）」と付記のうえ、2通分の料金をご請求ください。

腰部 及 び 頸 部 の 傷 病 の 程 度 等	脊柱弯曲変化 有 無 運動障害 有 無 腱反射異常 有 無 ラセグ徴候 陽性（ 度） 陰性 筋萎縮 有（部位： ） 無	痛みの部位・知覚障害について図示願います。 運動痛...○印 圧痛...×印 自発痛...印 知覚障害... 	
	症状・治療内容等		
	X線・MRI・CT等所見 （画像診断を実施した場合は、素因・既存障害等についても記入してください。）		
	腰痛・頸部痛の発症と素因（既往症・退行性疾患など）との関係についての意見		
	当該症状について、今回のできごとが最も重要な原因となって（医学的に相当因果関係をもって）発症したものであるのか、あるいは、素因又は加齢等に伴う退行性の変化等の関与があるのか、というようなことを災害発生時の状況（体位・姿勢・作業等の内容・取扱物の重量等）から判断して、見解を記入してください。		