

障 害 診 断 書

氏 名	(歳)	受 傷 年 月 日	年 月 日
受傷の 原 因			
傷 病 名 及 び 障 害 の 程 度			
症状固定又は障害 確定（推定）年月日	年 月 日		
障害の 程 度	自動車損害賠償保障法施行令別表第1若し しくは別表第2に掲げる後遺障害に	・該当する (級 号相当) ・該当しない	
	身体障害者福祉法施行規則別表第5号身体 障害者障害程度等級表に掲げる障害に	・該当する (級相当) ・該当しない	
上記のとおり診断します。 年 月 日 住 所..... 機関名..... 電話..... 医師氏名..... ⑩			