

## 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..... <span style="float: right;">⑩</span>			