

参考書式

診断書(和文用)

様式は特に決まったものではありません。以下の内容を記載していただければ結構です。

記入日： 年 月 日

患者名： _____

生年月日： 年 月 日 性別： 男性／女性

原疾患名： _____

障害名： _____

病歴：

その傷病・障害の発症日、受傷基点、検査結果、診断に至った経緯、治療内容および（手術をしたかどうかを含め）治療経過と最終的な障害状況。その障害状況がどれくらい続いているか。進行性か非進行性かを含めた予後等。傷病の医学的な根拠を示すことのできる画像所見や検査結果など他覚的所見をできるだけ記載・添付いただき、できるだけ医学的根拠の上に障害が説明できるよう記載をお願いします。現在の障害についてすべて記載ください。また、障害に関する画像、異常のある検査、異常であった時の検査のコピー（血液・心電図・筋電・呼吸機能など）等の添付をお願いします。画像は障害状態を最も表わす部分をコピー（いずれもペーパーで検査日、患者名がわかること）にて添えていただきますようお願いします。

例）筋神経疾患（血液検査・髄液検査・筋電図・神経伝達速度・画像など）

脳性疾患、脊髄疾患（脳や脊髄の検査画像など、内固定がある場合は単純撮影画像）

先天奇形欠損・（障害部の中枢関節を含む画像・残存運動機能検査など）

機能再建術をされた場合はどこをどのように再建したか詳しくご記入ください。

その他、遺伝子検査・染色体検査などその疾患特有のものがあれば、お願いします。

また、脊髄損傷系障害ならASIA Scale、中枢神経系障害ならMASについてもご記入または検査結果の添付をお願いします。

その他、健康上の所見があればお書き添えください。

病院名

住所

連絡先電話番号・FAX等

診療科名：

医師氏名：○○○○

印または署名

参考書式

診断書(和文用)

様式は特に決まったものではありません。以下の内容を記載していただければ結構です。

記入日： 年 月 日

患者名： _____

生年月日： 年 月 日 性別： 男性／女性

原疾患名： _____

障害名： _____

病歴：

病院名

住所

連絡先電話番号・FAX 等

診療科名：

医師氏名： ○○○○

印または署名