

様式第2号（表面）

診 査 表			
(〳)			
令和 年 月 日		住 所 _____	
		医 師 氏 名 _____	
受 診 者 住 所 氏 名 日 生 年 月 日	住 所 (〳)		氏 名
			年 月 日生
1 既往症において特に参考となるべき疾病		3 受傷時の傷病名	
2 現 傷 病 名		4 受傷又は発病年月日	年 月 日
5 受傷より現在に至るまでの治療方法及び経過			
6 障害の範囲及び程度 作業能力低下の程度			
7 現 症	一般所見	尿 検 所 見 蛋白 糖	
	局所所見		
(ア) 四肢欠損の部位、程度		(オ) 関節機能障害	
(イ) 神経系障害 { 中枢性 末梢性 } の別			
(ウ) 麻痺の存否 { 範囲 { 知覚 運動 } 程度 { 知覚 運動 } }			
(エ) 骨、関節の病変 (付レントゲン写真二方面)			
(カ) 変形の程度 (短縮屈曲捻挫仮関節等)			
(キ) 筋腱皮膚における病変 (瘢痕萎縮)			
8 その他参考となるべき事項 (合併症、創面、瘻孔等の有無)			
9 外科後処置を必要とする 具体的理由			
10 外科後処置診療の所要 見込日数			

(上記記載欄に記入できない場合は、裏面記事欄に記入すること。)

