

様式第 10 号

診 断 書

氏 名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
現 住 所						
初診年月日	平成 年 月 日					
原 因						
傷 病 名						
病 歴	既 往 症					
	現 病 歴 (処理及び療養の経過)					
治ゆし又は 療養を廃し た年月日	平成 年 月 日					
現 症 障害の程度 機能障害の 状 況						
予 後						
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">医師 住所 氏名</p> <p style="text-align: right;">㊟</p>						

- (注) 1 地方公務員等共済組合法施行令別表第 1 に掲げる程度であるかが判定されますから、詳細に（特に現症はできるだけ数字的表現で）かつ明瞭に記入してください。
- 2 現に療養を継続中である者については、「治ゆし、又は療養を廃した年月日」欄にその旨を記入してください。