

第1号様式

診 断 書					
氏 名		生 年 月 日	年 月 日	性 別	男・女
住 所					
傷 病 名		傷 病 発 生 年 月 日			
		初 診 年 月 日			
		治 癒 年 月 日			
既 存 障 害					
療 養 の 内 容 及 び 経 過					
障 害 の 部 位 及 び 程 度					
上記の者は、名古屋市災害弔慰金の支給等に関する条例別表第 号に掲げる程度の障害を有する(条例別表に掲げる程度の障害を有しない)。 以上のように診断します。 年 月 日 病院又は診療所の名称 所 在 地 診療科名 科 氏名 印					

備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。