診　断　書（医療特別手当用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | | M・T・S　　　年　　　月　　　日生 | | 男・女 |
| 居住地 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　（　　　　　） | | | | | |
| ※１　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第１１条第１項の認定に係る負傷又は疾病の名称 | | | | |  | |
| ２　現症所見  ※　上記の負傷又は疾病に関する | | １）理学的検査 | | | | |
| ２）臨床病理的検査 | | | | |
| ３）その他の検査 | | | | |
| ４）その他特記すべき事項 | | | | |
| 上記の負傷又は疾病の状態 | | | １　状態にある  負傷又は疾病の  ２　状態にない | | | |
| 以上のとおり、診断します。  　　　　　年　　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | |

　記入上の注意

　　※２の欄には※１の欄に記入した負傷又は疾病の状態を明らかにするために必要な所見を記入してください。