

# 予 診 表

障害の認定の時に参考にしますので、あてはまるところに記入するか○印をつけてください。

氏 名 \_\_\_\_\_ ⑩  
生年月日 大・昭 年 月 日 ( 歳)

1 負傷年月日 平成 年 月 日

2 どこを負傷しましたか？

3 今一番困っていることを順番に書いてください。

- ① .....
- ② .....
- ③ .....
- ④ .....
- ⑤ .....

4 痛みはどの様な時に、どこが痛みますか。

5 しびれることがありますか？

ない ある → 感覚がおかしい、全く感覚がない

6 その他日常生活に支障を来たすことがあれば、具体的に書いてください。

.....  
.....  
.....

既存障害の有無について下記の通り申告します。

1 既存障害 有 無

2 有の場合 昭和・平成 年 月 日 を負傷しました。