腰痛症等に対する医師の意見書

支部様式２―２

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　名 | 年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 傷　病　名 |  | 初診日 | 令和　 　年 　　月　　日 |
| 初　　診　　時　　の　　所　　見 | 主訴又は自覚症状 |  |
| 他覚症状臨床所見 |  |
| 画像による所見 | Ｘ線 |  |
| MRI・CT等 |  |
| 既　往　歴 |  |
| 治療内容及び療養の経過 |  |
| 今後の治療内容及び療養期間　　　（見込み） |  |
| 災害発生状況と発症との因果関係等に関する所見 |  |
| 　上記のとおり診断します。　　令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　病　院　名　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名  |