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 | | | | | |