

様式第十号（第二十九条関係）

診 断 書（医療特別手当用）

氏 名		明治 大正 昭和	年 月 日生	男・女
居 住 地	郵便番号 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 上記の 負傷又は 疾病に 関する 現症所見	1) 理学的検査			
	2) 臨床病理学的検査			
	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	負傷又は疾病の	〔 1 状態にある。〕 〔 2 状態にない。〕		
以上のとおり、診断します。 平成 年 月 日 <div style="text-align: right;">           医療機関の名称            所在地            医師氏名 <span style="float: right;">(印)</span> </div>				

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。

(日本工業規格A列4番)