

# 診 断 書 (追加認定請求用)

氏 名	昭和 平成 年 月 日生 ( 歳)		
当 初 の 負傷及び発病 年 月 日	令和 年 月 日	当初の 傷病名	
追 加 傷 病 名	① ② ③	初 診  年月日	① 令和 年 月 日 ② 令和 年 月 日 ③ 令和 年 月 日
上記追加傷病 と当初の傷病 (又は災害) との関係につ いての所見	①  ②  ③		
医 師 又 は 歯 科 医 師 の 診 断	上記のとおり診断する。 令和 年 月 日  医療機関名 所在地 氏 名		