

診 断 書

(被爆身体障害者福祉手当<身体障害>用)

氏 名		明治 大正 年 月 日生 昭和	男・女
居住地	広島市	区	丁目 番 号 番地
身体上の障害又は廃疾の原因となった負傷又は疾病の名称及び発生年月日	(年 月 日)		
上記の負傷又は疾病が治癒している場合及びその症状が固定している場合は、治癒又は固定年月日	年 月 日		
身体障害者福祉法による身体障害の等級	級		
原子爆弾の障害作用との関連	1. 原子爆弾の傷害作用の影響によるものである。 2. 原子爆弾の傷害作用の影響によるものではない。 3. 原子爆弾の傷害作用の影響によるものか否か不明である。		
その他特記すべき事項			
以上のおり、診断します。 年 月 日	医療機関の名称 所在地 医師氏名		