

# 後遺障害鑑定

## 鑑定書イメージ

〇〇 〇〇氏 画像鑑定書  
№. XXXXXXXX

〇〇〇〇年〇月〇日  
放射線診断専門医 〇〇 〇〇 (印)  
医師免許番号 第 XXXXXX 号  
日本医学放射線学会放射線診断専門医 第 XXXXXXXX 号

エムアイ・コミュニケーションズ株式会社

画像鑑定書  
MIC画像診断センター

ID	検査日	診療科
■■■■	■■■■	■■■■
氏名	検査部位	担当医
■■■■	■■■■	■■■■
生年月日	撮影剤	
■■■■	■■■■	

【依頼】  
〇〇〇〇先生より、後遺障害の  
認定を依頼されました。  
依頼内容：〇〇〇〇年〇月〇日、  
〇〇〇〇病院にて、  
〇〇〇〇部位にて、  
〇〇〇〇手術を受けました。  
手術後、  
〇〇〇〇部位にて、  
〇〇〇〇障害を認めました。  
〇〇〇〇先生より、  
〇〇〇〇部位にて、  
〇〇〇〇障害を認めました。  
〇〇〇〇先生より、  
〇〇〇〇部位にて、  
〇〇〇〇障害を認めました。

【検査】  
〇〇〇〇先生より、  
〇〇〇〇部位にて、  
〇〇〇〇検査を受けました。  
検査結果、  
〇〇〇〇部位にて、  
〇〇〇〇障害を認めました。  
〇〇〇〇先生より、  
〇〇〇〇部位にて、  
〇〇〇〇障害を認めました。

【診断】  
〇〇〇〇先生より、  
〇〇〇〇部位にて、  
〇〇〇〇障害を認めました。  
〇〇〇〇先生より、  
〇〇〇〇部位にて、  
〇〇〇〇障害を認めました。

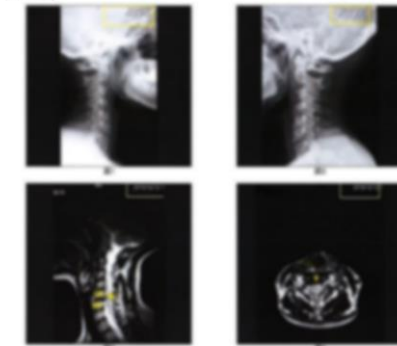
診断日: ■■■■  
診断医師: ■■■■  
発行日: ■■■■

1 / 3

画像鑑定書  
MIC画像診断センター

ID	検査日	診療科
■■■■	■■■■	■■■■
氏名	検査部位	担当医
■■■■	■■■■	■■■■
生年月日	撮影剤	
■■■■	■■■■	

【画像(全4枚)】



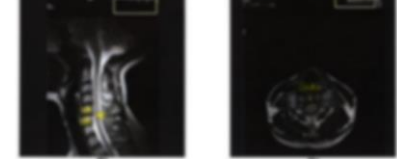
診断日: ■■■■  
診断医師: ■■■■  
発行日: ■■■■

2 / 3

画像鑑定書  
MIC画像診断センター

ID	検査日	診療科
■■■■	■■■■	■■■■
氏名	検査部位	担当医
■■■■	■■■■	■■■■
生年月日	撮影剤	
■■■■	■■■■	

【画像(全4枚)】



診断日: ■■■■  
診断医師: ■■■■  
発行日: ■■■■

3 / 3