

(医療機関において記入)

診 断 書

負傷者	住所																	
	氏名																	
	生年月日	S. H. R 年 月 日生 [才] 男・女																
傷病名																		
所見並びに 治療内容																		
初診日	令和 年 月 日	通院治療 ○印、入院治療 △印を記入してください。																
診 療 期 間	通院期間	日間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	通院実日数	()日	月 17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	令和 年 月 日 ~		月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	令和 年 月 日		月 17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	入院期間	日間	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	令和 年 月 日 ~		月 17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	令和 年 月 日		月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	固定具の使用期間及び名称		月 17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	固定具(着脱可) 名称		月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	令和 年 月 日 ~		月 17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
令和 年 月 日		月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
固定具(着脱不可) 名称		月 17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
令和 年 月 日 ~		月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
令和 年 月 日		月 17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
平成 年 月 日		月 1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
治ゆ・中止・転医・継続		月 17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
後遺障害の有・無 (有の場合その内容を詳細に書いてください。)																		

上記の通り診断いたします。

病院名 _____ ()科

令和 年 月 日

所在地 _____

医師名 _____

公印

電話番号 _____ () _____

※ いただいた個人情報は、共済契約の管理及び履行のために利用いたします。共済契約履行のために必要な支払いの範囲内で共済金の請求や審査等関係先に提供する事があります。