

診 断 書

負傷者	住所																		
	氏名																		
	生年月日	年 月 日生〔 才〕 男・女																	
傷病名																			
所見並びに 診療内容																			
初診日	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																	
	通院実日数	()日	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	年 月 日 ~		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	年 月 日		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
入院期間	入院期間	日間																	
	年 月 日 ~		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	年 月 日		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	年 月 日		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
固定具装着期間	固定具の名称		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	着脱可 名称①		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	年 月 日 ~ 年 月 日		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	着脱可 名称②		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	年 月 日 ~ 年 月 日		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	着脱不可 名称①		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
年 月 日 ~ 年 月 日		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
着脱不可 名称②		月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
年 月 日 ~ 年 月 日		月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
年 月 日 (治ゆ ・ 中止 ・ 転医 ・ 継続)																			
後遺障害の有・無 (<input checked="" type="checkbox"/>)の場合その内容の詳細をご記入願います。																			
※患者本人から後遺障害の診断書を求められた時は、対応方宜しくお願い申し上げます。(身体障害者福祉法による様式)																			

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、共済約款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審査等関係先に提供することがあります。