

診 断 書

負傷者	住所																					
	氏名	生年月日	(年	月	日	才)	男	・	女												
傷病名																						
所見並びに 診察内容																						
初診年月日	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	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	通院実日数			日間	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	入院期間			日間	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
	～	令和	年	月	日	月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
固定具装着期間	固定具の使用期間及び名称				月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	着脱可 名称①				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	令和 年 月 日～ 年 月 日				月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	着脱可 名称②				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	令和 年 月 日～ 年 月 日				月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	着脱不可 名称①				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
令和 年 月 日～ 年 月 日				月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
着脱不可 名称②				月	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
令和 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 有・無 (有 の場合その内容の詳細をご記入願います。)																						
<p>※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)</p>																						
上記の通り診断いたします。																						
令和 年 月 日										病院名 _____												
										所在地 _____												
										医師名 _____ 公印												
										電話番号 _____												

※ いただいた個人情報、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。