

診 断 書

市町村交通災害用

傷病者	住所															
	氏名											性別	男・女			
	生年月日	年 月 日												歳		

病名及び態様															
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

入院治療	日間を要しました。 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	年 月 日に 治療する見込みです。
------	----------------------------------	----------------------

通院治療	日間(内治療実日数 日) を要しました。 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	治療しました。
------	--	---------

通院内訳(治療を受けるため実際に通院した日を○で囲んでください。)

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	

上記のとおり診断します。

年 月 日

住所 _____

名称 _____

医師名 _____ (印)