

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。 令和 年 月 日 ~ 令和 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。 令和 年 月 日 ~ 令和 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					
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										