

診 断 書

受 傷 者	住 所	
	氏 名	男・女
		年 月 日生(才)
傷病名及び受傷部位・態様		
受 傷 日	年 月 日	初 診 日
	年 月 日	年 月 日
受傷の原因(交通事故が原因であることを明記して下さい。)		
初診から現在までの主要症状並びに治療内容		
入院治療 日間		
	年 月 日～	年 月 日
通院治療	日間(うち治療実日数 日)	当該傷病の治療歴の 有・無 (病院名:)
	年 月 日～	年 月 日
	年 月 日	治療 年 月 日～ 年 月 日
実通院治療日(○印をつけてください。)		
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	計 日間
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	計 日間
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	計 日間
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	計 日間
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	計 日間
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	計 日間
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	計 日間
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	計 日間

上記のとおり診断(証明)いたします。

年 月 日

所在地

病院名

Tel

医師氏名

印

☆ この診断書は熊本県市町村総合事務組合用です。

