

診 断 書

(交通災害共済見舞金請求用)

受傷者住所			
受傷者氏名 生年月日/性別		(M・T・S・H・R) 年 月 日生 (男・女)	
受傷年月日	令和 年 月 日	受傷の理由	
傷 病 名		治療開始日	治ゆまたは治ゆ見込日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
		年 月 日	年 月 日
症状の経過・治療の内容及び今後の見通し (手術のある場合は実施日をご記入ください。)			
主たる検査所見			
既往歴及び既存障害		なし・あり ()	
後遺障害の有無		なし・あり () ・未定	
入院期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	自 年 月 日 日間 至 年 月 日	
通院期間	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 (うち実日数 日間)	自 年 月 日 日間 至 年 月 日 (うち実日数 日間)	
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。)			
1月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	7月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
2月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	8月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
3月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	9月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
4月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	10月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
5月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	11月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30
6月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計	12月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 計
	16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30		16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 所在地 名称 電話番号 医師の氏名			

※内容を訂正された場合は、必ず訂正印を押印ください。